



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
FACULDADE DE MEDICINA
HOSPITAL-ESCOLA SÃO FRANCISCO DE ASSIS
Mestrado Profissional em Atenção Primária à Saúde

Jorge Esteves Teixeira Junior

**Contribuições dos Grupos Balint para a Formação de
Residentes em Medicina de Família e Comunidade**

Rio de Janeiro

2017



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
FACULDADE DE MEDICINA
HOSPITAL-ESCOLA SÃO FRANCISCO DE ASSIS
Mestrado Profissional em Atenção Primária à Saúde

Jorge Esteves Teixeira Junior

**Contribuições dos Grupos Balint para a Formação de
Residentes em Medicina de Família e Comunidade**

Orientadora: 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, área de concentração: Atenção Primária à Saúde

Rio de Janeiro

2017

FICHA CATALOGRÁFICA

Teixeira Junior, Jorge Esteves

Contribuições dos Grupos Balint para a Formação de Residentes em Medicina de Família e Comunidade./Jorge Esteves Teixeira Júnior. - Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro, Centro de Ciências da Saúde, Faculdade de Medicina, Hospital Escola São Francisco de Assis, 2018.

81f.: il.; 31cm.

Orientadora: Valéria Ferreira Romano.

Dissertação (mestrado) - UFRJ, CCS, FM, HESFA, 2018.

Referências: f. 65-67.

1. Medicina de Família e Comunidade - educação. 2. Internato e Residência. 3. Relações Médico-Paciente. 4. Conhecimentos Atitudes e Práticas em Saúde. 5. Terapia Psicanalista - educação. 6. Saúde Coletiva - Tese. I. Romano, Valéria Ferreira. II. UFRJ, CCS, FM, HESFA. IV. Título.

AGRADECIMENTOS

A todos que tiveram paciência nesta maratona:

Meu filho, Theo, por dar sentido a minha existência e me lembrar da leveza com que devemos levar a vida.

Amanda, pelo apoio incondicional nos momentos mais difíceis, pela paciência e compreensão.

Minha mãe, pelo carinho e cuidado, sempre.

Meus amigos de trabalho, por sonharem juntos com uma sociedade mais justa.

A meus mestres, tutores, mentores:

Prof. Valéria, orientadora, amiga, parceira de tantos projetos e sonhos; certamente tornou o caminho muito mais fácil.

Prof. Carlos Eduardo, por acreditar em mim, dando-me todas as condições para que eu seguisse em frente, presente desde o início da minha formação como médico de família e comunidade.

Os pacientes, sobretudo a população de Manguinhos, por me tornar um ser humano melhor a cada dia.

Os residentes de Medicina de Família e Comunidade, por abraçarem o projeto, pela entrega, pela energia – este trabalho é dedicado a vocês.



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 10 horas do dia 23 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 Educação e Saúde: tendências contemporâneas da educação, competências e estratégias de formação profissional em Atenção Primária à Saúde. A dissertação intitulada "**Contribuições dos Grupos Balint na Formação de Residentes em Medicina de Família e Comunidade**" foi apresentada pelo candidato Jorge Esteves Teixeira Júnior, regularmente matriculado no Curso de Mestrado Profissional em Atenção Primária à Saúde da Faculdade de Medicina/Hesfa, sob registro nº 115211764 (SIGA). A banca de examinadores foi composta pelas doutoras: Valéria Ferreira Romano (CPF nº665.763.697-00); Victoria Maria Brant Ribeiro (CPF nº217.945.537-20) e Maria Tavares Cavalcanti (CPF nº759.806.227-72), em sessão pública, no prédio do HESFA, no Auditório, sito a Av. Presidente Vargas, 2863 - Cidade Nova, Rio de Janeiro - RJ. Após a exposição em sessão pública, de cerca de trinta minutos, o candidato foi arguido oralmente. Os membros da banca deliberaram, considerando a dissertação APROVADA () REPROVADA () APROVADA COM RESTRIÇÃO. A banca emitiu o seguinte parecer:

Aprovado mas necessitando de algumas alterações na forma e organização que não comprometem a qualidade do conteúdo

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

Presidente/Orientadora

1º Examinadora:

2º Examinadora:

Candidato:

[Assinatura]
[Assinatura]
[Assinatura]
Jorge Esteves Teixeira Júnior

RESUMO

Os Grupos Balint são grupos para reflexão sobre a relação médico-paciente. A técnica é resultado da evolução das pesquisas de Michael e Enid Balint, que estudaram a potencialidade terapêutica dessas relações. Ambos pensaram estratégias para permitir que os profissionais pudessem ser um recurso de seu paciente. No entanto, problematiza-se que a biomedicina tem no cuidado sua centralidade, mas na prática clínica há frequente objetificação, fragmentação e distanciamento do outro. Assim, este trabalho pensa de forma crítica a prática clínica e aposta que a formação de residentes é uma oportunidade para investir na potencialidade da relação médico-paciente. Nesse contexto, a oferta de Grupos Balint pode contribuir na formação destes profissionais, aprimorando habilidades importantes para a clínica. O estudo permitiu refletir sobre as percepções dos residentes sobre esta oferta pedagógica e concluiu que os grupos foram úteis para diversos aspectos, incluindo a ampliação das visões sobre as situações da prática clínica, exercício de empatia e diminuição da sensação de solidão. Concluiu-se que houve benefícios importantes para os residentes para lidar com questões talvez menos trabalhadas por outras ferramentas pedagógicas, como lidar com o não-saber, a possibilidade de erro e o silêncio. O estudo também foi útil para pensar o cotidiano dessa oferta, a dificuldade da facilitação dos grupos para espaços institucionais e a importância do apoio institucional para o êxito na consolidação da ferramenta como parte do currículo do Programa de Residência Médica.

Palavras-chave: Educação Médica. Internato e Residência Médica. Relação Médico-Paciente. Formação Profissional.

Sumário

AGRADECIMENTOS	3
RESUMO	5
I. LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS	9
II. LISTA DE TABELAS	10
1 Introdução.....	1
2 Objetivos.....	6
Objetivo geral:	6
Objetivos Específicos:	6
3 Referenciais teóricos	7
3.1 Cuidado, sujeito e subjetividade na racionalidade biomédica.....	7
3.2 Da Teoria Balintiana aos Grupos Balint	14
3.2.1 História abreviada da trajetória de Michael e Enid Balint	14
3.2.2 A produção acadêmica de Michael e Enid Balint	15
3.2.3 Ferramentas para a clínica: Técnicas balintianas para a relação médico-paciente 21	
3.2.5 Formação em MFC e os Grupos Balint.....	32
4. Metodologia	36
4.1 Universo do estudo.....	36
4.2 Coleta e análise de dados.....	37
4.2.1 Coleta de dados	38
4.3 Riscos e benefícios.....	44
5. A percepção dos Residentes de Medicina de Família e Comunidade sobre os Grupos Balint.....	45
5.1 Benefícios.....	46
5.2 Limitações/Prejuízos.....	53
5.3 Pontos negativos e dificuldades.....	55
5.4 Sugestões.....	57
6. Grupos Balint em programas de ensino: reflexões finais	59
6.1 Preceptor, professor ou facilitador?	59
6.2 Oferta teórica: complementar ou indispensável?	60
6.3 Grupos Balint em espaços de ensino: curricular ou voluntário? Opcional ou obrigatório? Recomendável ou indispensável?.....	62
6.4 Grupos Balint em Programas de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade: perspectivas	63

7.	Referências bibliográficas	65
8.	Apêndices	69
8.1	Apêndice 1 – Roteiro do Grupo Focal	69
8.2	Apêndice 2 – Termo de Consentimento livre e esclarecido	70

I. LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABS	<i>American Balint Society</i>
ACGME	Accreditation Council for Graduate Medicine Education
APS	Atenção Primária à Saúde
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CFVV	Clínica da Família Victor Valla
CFWC	Clínica da Família Wilma Costa
CSEGSF	Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria
ENSP	Escola Nacional de Saúde Pública
Fiocruz	Fundação Oswaldo Cruz
GB	Grupos Balint
GF	Grupo Focal
GP's	<i>General Practitioners</i>
MFC	Medicina de Família e Comunidade
PRMMFC	Programa de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade
RM	Residência Médica
SUS	Sistema Único de Saúde
UERJ	Universidade do Estado do Rio de Janeiro
UFRJ	Universidade Federal do Rio de Janeiro

II. LISTA DE TABELAS

	Página
Tabela 1	Premissas para os Grupos Balint..... 38
Tabela 2	Competências adquiridas com a participação em Grupos Balint..... 39
Tabela 3	Distribuição dos residentes nos anos de 2016 e 2017 53
Tabela 4	Benefícios dos Grupos Balint. 53

1 INTRODUÇÃO

Os Grupos Balint (GB) têm como foco a análise e reflexão acerca da relação médico-paciente. Trabalhar essa relação sugere uma preocupação com o cuidado em saúde na sua concepção mais ampla, ou seja, na valorização do encontro entre sujeitos em que a intersubjetividade tem espaço e relevância, contrapondo a visão da medicina hegemônica, que lida com a doença em detrimento de lidar com os sujeitos em seu contexto de vida.

A técnica tem por objetivo analisar e refletir a relação médico-paciente num grupo composto por 8 a 12 profissionais de saúde, facilitados por um ou dois líderes. Consiste numa apresentação de caso seguida de uma discussão geral, com ênfase no conteúdo emocional da relação médico-paciente. Os participantes apresentam um caso sobre algum paciente que traga situações ditas incômodas, irritantes ou “difíceis”.

O funcionamento é dividido em seis partes: 1) apresentação da metodologia (nas primeiras vezes ou se houver necessidade, como quando chegam novos membros); 2) apresentação do caso; 3) esclarecimentos sobre o caso; 4) “*push-back*”, momento em que o apresentador simbolicamente deixa a roda; 5) retorno, quando o apresentador retorna para comentar a elaboração dos demais participantes; 6) encerramento, em que os demais participantes podem, ainda por algum tempo, a critério do facilitador, trabalhar em questões trazidas após o retorno do apresentador.

O cuidado é, no discurso, essencial no paradigma biomédico. No entanto, ainda que se considere haver doentes antes da doença, a prática biomédica tende a objetificação, fragmentação, e tem foco no âmbito biológico, subjugando o psicológico e o social (CAMARGO JR, 2012). Schraiber (2008) destaca que a reificação da tecnologia como fim e não como meio pode ser uma das responsáveis por uma crise de confiança nas relações na medicina. Ou seja, a relação médico-paciente, que deveria ter destaque no cuidado com o outro, tem sua importância diminuída para dar lugar à intervenção estruturada do saber científico aplicado à doença, que prioriza o caráter pragmático da ação, dotado de razoável repetitividade e mecanização.

Nesse contexto de crise das relações, a formação profissional é estratégica. Como resgatar o ensino do cuidado integral? Como suplantar essa limitação da biomedicina contemporânea, sem necessariamente negar a racionalidade médica? Não há neste trabalho uma pretensão em responder tais perguntas, mas estas motivaram o autor a compreender se os Grupos Balint podem ser ferramentas úteis para os desafios citados.

Os Grupos Balint se mostraram promissores na construção de empatia e resiliência, enfrentamento do estresse, prevenção de *burnout* e satisfação com o trabalho junto a médicos e estudantes de medicina (ATKINSON; ROSENSTOCK, 2015). Por este motivo, têm sido considerados por vários autores como uma atividade com grande potencial para se integrar aos currículos de graduação de Medicina e Residência em Medicina de Família e Comunidade (MFC), embora outras especialidades, tais como Ginecologia e Obstetrícia, Psiquiatria e Oncologia também estejam testando seu uso (NEASE, 2007). No Brasil, alguns serviços de saúde mantêm GB como reflexo do entendimento que possuem sobre a relevância do tema, mas ainda há pouca literatura publicada, o que dificulta sua divulgação e pesquisa.

Sobre a presença de Grupos Balint na formação médica, Michael Balint liderou grupos com estudantes na década de 60. Países como os Estados Unidos, Reino Unido e Alemanha mantêm GB como parte do currículo da graduação e pós-graduação em Medicina, havendo esta oferta em mais de 50% dos programas de Residência Médica em MFC nos EUA, segundo levantamento realizado em 2000 (DIAZ, 2015).

Em revisão realizada em bases do Portal Capes considerando os últimos 20 anos, o número de artigos brasileiros surgidos foi pequeno. O termo “Balint” foi pesquisado como assunto e título. Foram encontrados quatro artigos, sendo um deles relacionados a uma metodologia adaptada: o Balint-Paideia (CASTRO et al., 2015; CUNHA, 2009, 2010). No portal SciELO, utilizando a mesma pesquisa por “Balint”, “Grupo Balint” e “Grupos Balint”, diante de qualquer um dos três termos no assunto, título ou resumo, foram obtidos três artigos.

Dessa forma, a relevância deste tema se dá pela necessidade de mais estudos na área e pelo interesse pessoal do pesquisador, que como preceptor e professor, planejou e implementou Grupos Balint no Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade da Universidade Federal do Rio de Janeiro

(UFRJ), em parceria com a Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP-Fiocruz).

É importante também contextualizar o autor e a pesquisa. O autor faz parte do Programa de Residência Médica em MFC UFRJ/ENSP desde 2009-2011, quando atuou como residente; de 2011 a 2017, como preceptor; e de 2014 a 2017 também como professor da UFRJ. Participa sistematicamente do acompanhamento de residentes nos espaços da Clínica da Família Victor Valla, onde está inserido, mas também regularmente em espaços teóricos, nos quais mensalmente ocorrem Grupos Balint. Esta informação é importante, pois a inserção do autor não é distanciada da realidade a ser observada; ao contrário, existem múltiplos espaços em que é possível não só observar, mas atuar.

Na residência médica do PRMMFC UFRJ/ENSP, os Grupos Balint acontecem desde 2014 como oferta complementar eventual, e desde 2016 como oferta curricular regular. Sua implantação no contexto de busca por ferramentas é útil para o aprofundamento do ensino da comunicação clínica, mas sobretudo garante que o residente formado valorize a relação que desenvolve com seu paciente. Uma forma de se debruçar sobre o outro, mas também sobre as nossas dificuldades, que se refletem em nossas relações. Costuma-se dizer que é um recurso tal como vidro e espelho, onde o residente se vê e vê o outro; para que o residente possa ofertar relações terapêuticas para o outro, mas respeitando os sentimentos que são gerados em si.

A percepção de que esta ferramenta poderia ser útil foi resultado de observações como preceptor, responsável pelo acompanhamento do desenvolvimento educacional de residentes numa das unidades do PRM. Nesse período, observou-se que há uma carga de sofrimento importante na vivência dos residentes, seja pela complexidade das histórias de vida que são ouvidas nas consultas, pela complexidade da realidade brasileira e de sistema de saúde que vivenciam, mas também pelo próprio itinerário pedagógico de residentes, profissionais em formação que têm um período considerável de imersão e responsabilidades assistenciais e educacionais.

Assim, o objeto desta pesquisa, ao relacionar o pensar sobre o Grupo Balint com uma Residência em Medicina de Família e Comunidade, tentou responder à seguinte questão, mobilizadora de todo este estudo: como os residentes de Medicina de Família e Comunidade da UFRJ/ENSP percebem as potencialidades e

limitações dos Grupos Balint enquanto ferramenta pedagógica e de cuidado para sua formação profissional?

As percepções dos residentes em Medicina de Família e Comunidade sobre o uso dos Grupos Balint em sua formação, sua contribuição e limitações para o cuidado em saúde como ferramenta curricular do Programa de Residência Médica em Medicina de Família UFRJ/ ENSP, na cidade do Rio de Janeiro, entre os anos de 2016 e 2017, configurou-se como objetivo desta pesquisa, dando sentido e concretude à questão acima.

Os estudos quantitativos com Grupos Balint têm obtido resultados muito diversos sobre seus impactos e benefícios na prática médica. A própria pesquisa por décadas realizada por Michael Balint, psicanalista húngaro cujos estudos permitiram criar a técnica de grupos cunhada com seu nome, reforça a importância e interesse por esta ferramenta na prática clínica e na formação médica. Michael e Enid Balint produziram estudos sobre os possíveis efeitos terapêuticos do médico na relação com seus pacientes e técnicas que pudessem ajudar os profissionais a lidar com seus casos mais difíceis.

Apesar do destaque para estudos com Grupos Balint, afirma-se que uma importante prova acerca dos benefícios dos grupos é o trabalho desenvolvido por décadas pelo casal Michael e Enid com o grupo de médicos de sua pesquisa; e a abrangência da aplicação da técnica em si como forma de aprimorar a relação médico-paciente em diversos países do mundo até a atualidade. Acima de tudo, é importante no contexto da biomedicina e das críticas ao paradigma biomédico, que a ideia balintiana de que a relação é o centro do cuidado e que os profissionais devem buscar compreender o outro, a si e a relação que estabelecem.

Vale ressaltar que esta dissertação não é avaliativa, pois o que se pretende não é classificar o Grupo Balint como ferramenta educacional e de cuidado como “satisfatória” ou “insatisfatória”, perspectiva que parece ser reducionista e pouco útil para o debate científico e para o tema de escolha. Por isso, durante a revisão bibliográfica, este trabalho buscou incorporar os diferentes resultados disponíveis na literatura sobre Grupos Balint, sua relação com o cuidado e seu uso na formação médica, evitando qualquer dicotomia entre o valor dos estudos qualitativos e quantitativos.

Na primeira parte, serão abordados conceitos acerca da biomedicina. Se sua centralidade é a pessoa e não a doença em seu discurso, por que sua prática

contemporânea restringe o olhar para o uso do saber científico para a doença, preferindo um tom generalizante ao invés da integralidade? Estes conceitos são importantes, pois os Grupos Balint não são uma negação da biomedicina, mas críticas ao seu *modus operandi* hegemônico e as influências negativas que isso pode trazer à relação médico-paciente.

Em seguida, a segunda parte discutirá a história do trabalho de Michael e Enid Balint, suas obras, ideias e como chegaram até os Grupos Balint. Discute-se como Balint percebeu que as relações médico-paciente poderiam ser terapêuticas, mas também que não seria tão simples criar uma forma de contribuir com a prática. Inicialmente, o uso do polêmico termo “psicoterapia” em medicina resultou em abordagens diferenciadas em consultas longas, que o próprio autor revisou em suas obras e adaptou para possibilidades que não fossem “corpos estranhos” à prática médica.

A terceira parte versa sobre a metodologia, técnicas e métodos utilizados para descrever e analisar a percepção dos residentes acerca do uso da ferramenta Grupos Balint para aprimoramento educacional e do cuidado; benefícios, limitações e sugestões com este recurso.

Por fim, a última parte discute a percepção dos residentes em si, os benefícios, limites/prejuízos e sugestões. Em seguida, discutem-se as dificuldades encontradas por um preceptor/professor em ofertar Grupos Balint dentro de um Programa de Residência Médica. Espera-se que, assim, outros profissionais, médicos ou não, residentes ou preceptores, possam ser encorajados a refletir sobre o uso de Grupos Balint em sua própria prática.

2 OBJETIVOS

Objetivo geral

- Analisar as percepções dos residentes em Medicina de Família e Comunidade do Programa de Residência Médica da Universidade Federal do Rio de Janeiro/Escola Nacional de Saúde Pública, sobre a experiência dos Grupos Balint enquanto ferramenta para o cuidado e formação profissional na prática médica.

Objetivos Específicos

- Identificar as percepções dos residentes sobre os Grupos Balint no âmbito do cuidado em saúde.
- Identificar potencialidades e limitações dos Grupos Balint na formação profissional dos residentes pesquisados.
- Relacionar a percepção sobre o currículo da residência médica estudada com a realização de Grupos Balint.

3 REFERENCIAIS TEÓRICOS

3.1 Cuidado, sujeito e subjetividade na racionalidade biomédica

A racionalidade médica contemporânea tem como princípio doutrinário a ideia de que “não há doenças, e sim doentes”, assim como a preferência por primeiro não causar danos (*primo non nocere*), entendendo que antes da doença há uma pessoa com ou sem doença (CAMARGO JR, 2012). Seria nessa lógica o *cuidado* a funcionalidade central desta racionalidade; por conseguinte, a *relação* com o outro, a transubstanciação de seus princípios. No entanto, a medicina contemporânea ou moderna, praticada a partir da segunda metade do século XX, tem como uma de suas principais influências os avanços científicos e tecnológicos, além de crescente superespecialização e fragmentação das áreas de conhecimento e especialidades médicas. Isto provocou mudanças importantes no que se entende por cuidar e nas relações entre médicos e pacientes (SCHRAIBER, 2008; 2010).

Para diversos autores (MERHY 2005; SCHRAIBER, 2008; 2010; AYRES, 2011; CAMARGO JR, 2012) a deterioração das relações e do caráter reflexivo da prática médica tem relação com a reificação dos meios tecnológicos, passando de ser meio para ser fim.

A visão hegemônica dentro da racionalidade médica contemporânea é de uma medicina do corpo das lesões e da doença, segundo Camargo Jr (2012), de caráter generalizante e analítico-mecanicista, que pode ser entendida como aquela:

- da produção de discursos de validade universal, propondo modelos e leis de aplicação geral, não se ocupando de casos individualizáveis – caráter *generalizante*;
- da naturalização das máquinas produzidas pelo homem, passando o “Universo” como uma gigantesca máquina, subordinada a princípios de causalidade linear traduzidas em mecanismos – caráter *mecanicista*;
- da abordagem teórica e experimental adotada para elucidação de “leis gerais” do funcionamento da “máquina universal”, isolando as partes para entender o todo, como se este fosse a soma das partes – caráter *analítico*.

E dos efeitos e modificações desta relação dos avanços científicos com o campo biomédico, Ayres (2011, p. 29) problematiza:

De um lado identifica-se como importantes avanços a aceleração e ampliação do poder de diagnose, a precocidade progressivamente maior da intervenção terapêutica, o aumento da eficácia, eficiência, precisão e segurança de muitas dessas intervenções, melhora do prognóstico e qualidade de vida dos pacientes em uma série de agravos. Como contrapartida, a autonomização e tirania dos exames complementares, a excessiva segmentação de pacientes em órgãos e funções, o intervencionismo exagerado, o encarecimento dos procedimentos diagnósticos e terapêuticos, a desatenção com os aspectos psicossociais do adoecimento e a iatrogenia transformaram-se em evidentes limites.

Isso não significa que não haja ao menos um reconhecimento da importância de aspectos não relacionados à biologia. Camargo Jr (2012) expõe que ao menos de forma discursiva há alusão recorrente à totalidade do homem como um ser biopsicossocial. O termo é uma tentativa de unificar aquilo que o próprio saber médico tende a fragmentar em seus sistemas (cardiovascular, respiratório, digestivo, etc.) e disciplinas (Cardiologia, Pneumologia, Gastroenterologia, etc.). Contudo, segundo esse autor, os termos “psico” e “social” são referências genéricas, pois estão sempre integralmente subordinados ao biológico.

Campos (2004) também defende ideias que corroboram as críticas propostas por Camargo Jr (2012), afirmando que a mescla entre ciência e arte é meramente declaração ideológica, já que a clínica vem tratando a doença como um objeto científico, passível de elaborações estruturadas. A questão sobre a relação entre a arte e técnica na prática médica será mais bem abordada a seguir, ainda nesta seção.

Schraiber (2010) propõe reflexões importantes sobre algumas dessas tensões da prática médica sobre seu caráter científico e seu caráter pragmático. Segundo a autora, o caráter científico diz respeito:

[...] ao fato da prática médica ser ato de fiel aplicação do conhecimento produzido por ciências como, entre outras, a física, a química, a biologia e, no interior da biologia humana, a anatomia, a fisiologia, a histologia, a microbiologia, a parasitologia, etc. que explicam os adoecimentos e as alterações do corpo humano. A fidelidade da aplicação encontra-se no achado diagnóstico da doença, sendo esta a construção que representa nas ciências o adoecer e o doente. (SCHRAIBER, 2010, p. 118).

É desse caráter científico, ou mesmo da cientificidade da prática médica, que se origina a ideia de segurança da intervenção médica. Para Ayres (2011), parte significativa da aplicação dos saberes científicos às práticas de saúde na atualidade buscam:

(a) uma explicação causalista do adoecimento ou risco e seu tratamento ou prevenção, entendida no sentido estrito de uma causalidade eficiente, isto é, relações unívocas entre um fator extrínseco a um dado fenômeno e seu efeito sobre ele; b) a verificabilidade empírica (seja por confirmação ou refutação) dessa explicação; c) a expressão matemática (exata ou probabilística) dessa verificação. (AYRES, 2011, p. 129,130).

Na linha de análises destas tensões da prática médica, Schraiber (2010) destaca que, além do caráter científico, há também o caráter pragmático. O pragmatismo, segundo a autora, tem a função de ser eficaz, de oferecer intervenções mesmo quando não se encontrou uma doença ou se definiu um diagnóstico. A autora ainda destaca:

Esse pragmatismo é o que o paciente quer do médico, em termos de restituir “seu modo de andar de vida” (CANGUILHEM, 1982), pois, como aponta Freidson (1970), quando um paciente procura um médico, sua demanda é “faça algo” e não uma busca por saber se o que sente é uma doença (SCHRAIBER, 2010, p. 118).

Sendo assim, a clínica é o saber operante do médico, e pode ser definida como uma mediação entre a ciência e a intervenção, combinando conhecimentos científicos com a arte e ciência de intervir. Mas de onde vêm então arte e ciência?

Há uma discussão extensa na literatura sobre o agir médico (SAYD, 1998; MERHY, 2005; AYRES, 2011, SCHRAIBER, 2008; 2010). Pode-se dizer que o médico, em sua prática, não se limita à aplicação pura e simples da ciência, pois estão envolvidos elementos subjetivos neste agir. Estão presentes então os aspectos tecnológico e artístico. O aspecto tecnológico, entendido como a aplicação do saber científico, é dotado de razoável repetitividade e mecanização. O aspecto artístico é sempre original, criado no momento da decisão, permitindo inventividade e imprevisibilidade e subversão da própria rigidez da técnica e da protocolização do agir.

E na crença da eficácia da medicina, a segurança é ofertada pela tecnologia científica, mas sabendo que sempre existem, em qualquer intervenção, incertezas e riscos. Essa crença se apoia também na segurança de que, se algo falhar, o médico

poderá encontrar uma alternativa (SCHRAIBER, 2010). É a construção de confiança por meio da inter-relação de arte e ciência.

Outra ideia importante para compreender aspectos do agir médico é descrita por Merhy (2005), quando aborda os tipos de valises que são usadas na prática: vinculadas a sua mão, tal como o estetoscópio, o ecógrafo, que representam as *tecnologias duras*; outra na sua cabeça/mente, como os saberes estruturados da clínica, dos protocolos, da epidemiologia, que representam as *tecnologias leve-duras*; e outra referente ao espaço relacional médico-paciente, representando as *tecnologias leves*.

A importância da discussão destes conceitos é que iniciamos expondo que a racionalidade biomédica prioriza uma visão predominantemente biológica, com destaque demasiado para os meios tecnológicos, por meio de intervenções com exames e procedimentos, como fim e não como meio. Existem, contudo, possibilidades de fissuras nesse modelo hegemônico justamente no campo relacional, na subjetividade, promovendo mudanças do agir médico.

Neste raciocínio, pode-se refletir acerca da seguinte questão proposta por Schraiber (2010, p. 121): “*o paradigma científico da modernidade construtor da referência automecânica do corpo humano e da separação destes constituintes da subjetividade humana na metáfora do corpo-maquina já estaria em superação*”?

Não se buscará responder se estão ou não em superação os limites e contradições da biomedicina, mas é importante pontuar que existem pensamentos que questionam esta lógica biológica e tentam imprimir outras formas de cuidar. E sobre a definição de cuidado, Ayres (2011, p. 42) conceitua:

[...] uma compreensão filosófica e uma atitude prática frente ao sentido que as ações de saúde adquirem nas diversas situações em que se reclama uma ação terapêutica, isto é, uma interação entre dois ou mais sujeitos, visando o alívio de um sofrimento ou o alcance de um bem-estar, sempre mediada por saberes específicos voltados para esta finalidade.

É justamente sobre os riscos supracitados, de a medicina moderna utilizar leis generalizantes, objetificadoras, que atuam em detrimento da compreensão da singularização dos sujeitos, que se propõe uma reflexão sobre esse agir. É possível não atuar de forma dicotômica? É possível inter-relacionar subjetividade e objetividade, adaptação de leis e princípios gerais da clínica ao contexto singular do

outro? É possível tornar real o discurso ético de compreensão da integralidade, e não a soma de partes de um organismo-máquina?

Antes de refletir sobre essas questões, vale ressaltar que, apesar do destaque para a segunda metade do século XX como um aumento progressivo da hegemonia do modelo biomédico, é importante entender a historicidade dos fatos em perspectiva, sem achar que há um início mágico dos acontecimentos. Ou seja, já existia a tendência de supervalorização do biológico nos séculos XVIII e XIX, com os progressos dos estudos anátomo-clínicos e microbiológicos. Da mesma forma, no século XX, já na década de 40 existiam movimentos que questionavam esses enfoques biologicistas, como o movimento de Medicina Integral, surgido nos EUA por críticas à ultraespecialização.

Com o passar dos anos, as críticas se adensaram e na década 60 se voltaram para a insuficiência da biomedicina no conhecimento e técnica para lidar com questões da existência humana, tais como as necessidades emocionais e subjetivas das pessoas quando adoecem (RIOS, 2010). Os estudos de Michael Balint, iniciados no mesmo período na Inglaterra, também caminharam para sentidos similares, se pensarmos que havia enfoque em compreender os aspectos da subjetividade da relação médico-paciente, ainda que Balint não tivesse sido um crítico declarado da biomedicina.

No Brasil existem também algumas propostas no campo da Saúde Pública para criticar e refletir sobre os limites da excessiva objetificação da clínica tradicional, produzindo conceitos como a integralidade. Poder-se-iam destacar um sem-número de autores na área, mas o enfoque será ilustrativo. Por isso, destaca-se também o conceito de Clínica Ampliada ou Clínica dos Sujeitos, proposto por Cunha (2010), por ser próprio da Atenção Primária à Saúde (APS), assim como as reflexões sobre a ideia de cuidado, intersubjetividade e sujeito, por Ayres (2011). Tanto Cunha (2010) quanto Ayres (2011) compreendem que clínica é a interação entre sujeitos, e Cunha (2010) descreve a Clínica Ampliada como proposta que reconhece que os sujeitos (cuidadores e cuidados) estão imersos em uma teia de forças que os constitui.

Ainda existem autores que criticam a cisão entre o técnico (competência científica) e o humano (capacidade de cuidar). Não são muito diferentes das críticas já elaboradas, mas o destaque para o humano traz a necessidade de discutir no campo da formação aspectos humanísticos, ou das humanidades médicas. O

campo da formação será comentado mais adiante, mas é importante ressaltar que estas são bases que também sustentam a humanização, que atuou no campo da formação, mas teve destaque importante nas políticas públicas no Brasil.

O próprio termo “humanização” não é exclusividade do campo da medicina. Afinal, a questão ética em relação à preocupação com o outro, ou com o não-eu não é exclusiva do campo da saúde. A humanização também ficará a título de citação, neste trabalho, para ilustrar os movimentos que questionam as idiossincrasias da biomedicina, mas dada sua relevância, devem ser destacados dentro deste movimento de humanização exemplos como o Movimento de Luta Antimanicomial e pela Humanização do Parto e do Nascimento (RIOS, 2010). Por fim, destaca-se que no âmbito do SUS, a humanização virou política em 2003, com a Política Nacional de Humanização (PNH), que visou nortear as práticas na gestão e atenção à saúde.

Será retomada aqui a discussão da subjetividade para compreendermos seu papel na lógica do cuidar em saúde. Para isso, é preciso antes refletir o que representa o eu ou o *self* na contemporaneidade. Para alguns autores, como Schraiber (2008) e Rios (2010), há na sociedade uma tendência narcísica na representação do eu. Ou seja, as pessoas e os grupos estão mais voltados para seus interesses, o que caracteriza o individualismo e a perda do interesse pelo outro, perda da alteridade. Mesmo quando vinculados por interesses coletivos, frequentemente são interesses de grupos particulares (religiosos, sexuais, raciais, culturais) e menos na esfera pública pela luta de classes, por exemplo, visando a transformações sociais mais profundas.

No entanto, não é na negação do eu que se encontra qualquer resposta. Ayres (2011) discute, à luz de leituras filosóficas de Foucault, a ideia do “cuidado para si”. Nesse debate filosófico existencial, é como se a própria definição de homem fosse “*o ser a quem foi confiado o cuidado de si*”. Significa que, apesar de a medicina ter assumido a função e legitimidade social de diagnosticar cada constituição individual, há uma autorresponsabilidade consigo que se confunde com o próprio ato de cuidar.

Complementarmente, diz-se que esse sujeito tem sua singularidade, mas não é apenas sujeito individual. É sujeito coletivo no momento em que se inter-relaciona com seu contexto, com seu meio. E numa perspectiva sócio-histórica, Branco (2012) também levanta a influência das grandes metrópoles no processo de adoecimento dos sujeitos, seja pelos desafios de arranjos familiares, estilos de vida de “tempo

encurtado”, pelas pressões profissionais-pessoais, dificuldades financeiras, violência e diversas outras tensões do nosso tempo histórico.

O próprio Ayres (2011) faz uma leitura heideggeriana e argumenta que:

[...] a existência humana é um “estar lançado” num mundo que, por sua vez, só é percebido enquanto tal na (e por meio da) atividade “projetiva” humana, isto é, da tripartição temporal da consciência do ser (em presente, passado e futuro), efetivada e possibilitada no e pelo ato de atribuir significado às experiências pretéritas, a partir de uma vivência atual, entendida como o devir de um projeto existencial (AYRES, 2011, p. 43).

É importante entender que a integralidade do sujeito também está presente em seu adoecimento. Dessa forma, Branco (2012) coloca que não existem doenças isoladas, mas pessoas em processo de adoecimento; a pessoa que adoece o faz em pleno processo de viver, do estar no mundo, adoece imersa em seu cotidiano. Isso reforça que a pessoa não pode ser compreendida como um objeto a receber intervenções biomédicas, mas como um ser histórico, social, afetivo, emocional, existencial e biológico – enfim, humano (BRANCO, 2012).

Ayres (2011) argumenta, ainda, que o sujeito é diálogo, aquele que tem qualidades ou exerce ações, mas que não existe só em si, mas para si; que não se limita a ser objeto. O autor também coloca outros dois aspectos sobre os sujeitos: o primeiro da identidade, em que cada um tem suas necessidades e valores próprios, tanto o sujeito que cuida e é cuidado; o segundo, que o sujeito produz história e é responsável por seu próprio devir, portanto é dotado de ação transformadora. Uma síntese dessas ideias está na citação de Ricoeur (1991, APUD AYRES, 2011), quando afirma que “o sujeito não é menos nem mais que um ‘sonho’ de individualidade nascido da experiência vivida de não estarmos sozinhos, de sermos sempre e imediatamente ‘o outro de cada um’”.

Cunha (2010, p. 29) defende que, na Atenção Primária à Saúde, o “sujeito tem espaço para exercer sua autonomia, a vida tem espaço para exercer sua influência”. É nesse contexto que a relação entre médico e paciente se torna ainda mais relevante. E é nesse sentido que este trabalho compreende o papel dos Grupos Balint e desenvolve sua hipótese de que possam ser uma valiosa ferramenta no cuidado e na formação.

3.2 Da Teoria Balintiana aos Grupos Balint

3.2.1 História abreviada da trajetória de Michael e Enid Balint

Michael Balint nasceu em Budapeste, Hungria, no dia 3 de dezembro de 1896. Foi o primeiro dos filhos de um *general practitioner* (GP) judeu. Desde cedo observou o trabalho de seu pai e se interessou pela relação médico-paciente. Em 1914, iniciou seus estudos em Medicina na Universidade Semmelweiss de Budapeste, mas pouco depois foi convocado para servir ao exército na Primeira Guerra Mundial. Em 1916, retornou e deu continuidade a seus estudos nas áreas de bioquímica e psicanálise. Começou a ler sobre psicanálise por indicação de sua namorada, Alice Székely-Kóvacs, que sugeriu a leitura de *Totem e Tabu*, de Freud. Em 1918, Balint terminou seus estudos em medicina e assistiu a aulas de Sándor Ferenczi, que em 1919 se tornou o primeiro professor do mundo em psicanálise (LAKASING, 2005).

Em 1920, mudou-se com sua namorada para Berlim. Balint trabalhava no laboratório de bioquímica de Otto Heinrich Warburg, futuro prêmio Nobel em 1931, enquanto Alice completava sua formação em psicanálise, uma influência também para que ele despertasse seu interesse pelo tema. O casal retornou para Budapeste em 1924, Balint voltou a trabalhar com Ferenczi e começou a publicar seus próprios trabalhos, particularmente na área da medicina psicossomática. Também começou a organizar grupos com médicos, que tiveram que ser limitados após um governo de direita assumir o poder na Hungria em 1932. Para o governo, psicanalistas eram suspeitos, ademais Balint e Ferenczi eram de origem judaica. As reuniões sobre os pacientes desse período eram monitoradas pela polícia e por isso foram pouco produtivas.

Em 1939, Michael, Alice e seu filho John retornaram à Inglaterra, fixando-se em Manchester. Ainda nesse ano, Alice faleceria de uma ruptura de um aneurisma aórtico.

Em Manchester, Balint manteve envolvimento maior com a psicologia infantil. Casou-se novamente em 1944, mas separou-se oficialmente em 1952. Nesse período sofreu outro evento difícil em sua vida. Seus pais se suicidaram em 1945, antes de serem presos pelos nazistas na Hungria. No mesmo ano Balint se mudou para Londres. Em 1948, incorporou-se à Clínica Tavistock, onde expandiria

consideravelmente seus estudos sobre a relação médico-paciente. E foi neste local que em 1949 conheceu Enid Balint, uma assistente social que trabalhava com psicólogos estudando problemas conjugais e com quem dividiu parte de sua produção acadêmica.

Enid Balint merece destaque na análise das ideias balintianas, porque houve uma produção importante conjunta e ela continuou a produzir após a morte de Michael, em 1970, até 1994. Ele tinha em torno de cinquenta anos quando se uniu a Enid Balint, mas ambos apenas se casaram em 1958.

Em 1950, Michael Balint retomou os grupos com GPs que havia iniciado 25 anos antes na Hungria, e que ganhariam o nome de Grupo Balint. Ele ainda foi diretor científico da Sociedade Britânica de Psicanálise entre 1951 e 1953 e presidente de 1968 até seu falecimento.

Em 1961, Balint oficialmente encerrou seus trabalhos como médico, embora tenha continuado seus trabalhos com os grupos e viajando internacionalmente para divulgar suas ideias. Em 1967, Michael e Enid Balint vieram ao Brasil para a primeira Reunião Nacional de Medicina Psicossomática, que ocorreu no Rio de Janeiro. Michael Balint proferiu a conferência de abertura e foi presidente de honra do que seria o primeiro congresso de medicina psicossomática brasileiro (MELLO FILHO; BURD, 2000).

Em 1969, foi fundada a Sociedade Britânica de Balint, e em 1972, a Federação Internacional de Balint. Em 1970, Michael Balint faleceu e Enid Balint continuou os trabalhos na área para grupos liderados por não-psicanalistas até seu óbito em 1994, que estão em seu livro *Before I was I: psicanálise e imaginação* (1993), uma coletânea de publicações da autora.

3.2.2 A produção acadêmica de Michael e Enid Balint

O termo “Balint” é frequentemente usado para descrever os Grupos Balint, mas faz-se neste trabalho uma sugestão de divisão para melhor compreensão de cada conceito-chave: Teoria Balintiana, Movimento Balintiano e Grupos Balint.

A *Teoria Balintiana* é o acúmulo da produção acadêmica acerca das ideias propostas majoritariamente por Michael e Enid Balint acerca do trabalho com grupos com Médicos de Família e Comunidade. Aborda questões relacionadas

principalmente à relação médico-paciente e continuou sendo construída após a morte de Michael. No entanto, Michael Balint produziu mais amplamente e cabe destacar também sua produção destinada a suas teorias psicanalíticas, como na obra *Falha básica*, de 1968. Enid, por sua vez, teve papel importante de continuar produzindo conhecimento para a Teoria Balintiana.

Por *Movimento Balintiano*, entende-se o conjunto de grupos de pensadores sobre a teoria balintiana que se expressam em diferentes correntes de pensamentos, frequentemente divergentes, sobre temas relacionados aos Grupos Balint, tais como a formação e funções de líderes, composição, regras e propósitos dos grupos. Mostra que existem diferenças que impactam na condução da propagação de ideias dos Grupos Balint em cada país. Esses grupos são, então, parte da *Teoria Balintiana*.

Para Missenard (1994), o trabalho de Balint representa uma interseção entre a psicanálise e a medicina.¹ Em textos-síntese de conferências proferidas para psicanalistas em 1964, transcritas e traduzidas na obra *A experiência Balint – História e Atualidade* (1994), Balint questiona o papel dos psicanalistas na influência que poderiam ter na medicina: num primeiro, que ele rejeita, há a implicação dos psicanalistas como educadores responsáveis em formação em psiquiatria e psicoterapia para clínicos gerais e especialistas não-psiquiatras, tal como educadores de uma modalidade de curso universitário; em outro, ele aceita e apoia o desenvolvimento de seu trabalho – o papel poderia ser discutir em seminários os problemas psicológicos na prática médica.

Há uma diferença central no objetivo de formar clínicos gerais em psicoterapia: o autor rejeita o uso de uma metodologia tradicional de aquisição de fragmentos de conhecimentos das áreas da psiquiatria e psicanálise, o que fica claro na sua obra *O médico, o paciente e sua doença*, de 1957, em que é raro o didatismo em expor conceitos psicanalíticos clássicos ou mesmo de suas próprias

¹ Laplanche (1983) define psicanálise como uma disciplina fundada por Freud distinguida por três níveis: a) Um método de investigação que consiste essencialmente na evidenciação do significado inconsciente das palavras, das ações, das produções imaginárias (sonhos, fantasmas, delírios) de um indivíduo. Este método se baseia principalmente nas associações livres do indivíduo que são a garantia da validade da interpretação. A interpretação psicanalítica pode estender-se a produções humanas para as quais se não dispõe de associações livres. B) Um método psicoterápico baseado nesta investigação e especificado pela interpretação controlada da resistência, da transferência e do desejo. Com este sentido se relaciona o uso de psicanálise como sinônimo de tratamento psicanalítico. Exemplo: começar uma psicanálise (ou uma análise). C) Conjunto de teoria psicológicas e psicopatológicas em que são sistematizados os dados introduzidos pelo método psicanalítico de investigação e tratamento. (LAPLANCHE, 1983, p. 495).

teorias psicanalíticas. A ideia de Balint foi trabalhar o dinamismo do grupo em refletir, junto aos médicos, aspectos relacionados ao caso, rejeitando o lugar de mestre.

Na mesma conferência, Balint comentou que o tema da formação de clínicos chama a atenção no momento em que “compreendemos que um grande número de pessoas que demandavam uma intervenção cirúrgica ou médica, na verdade, sofria de problemas afetivos” (BALINT, 1994, p. 9).

Sobre os psicanalistas ensinarem clínicos gerais, Balint argumenta que a proposta não é ensinar o que ele chama de “análise selvagem”, ou uma análise ou terapia de menor qualidade, com elementos reduzidos. Acrescenta que isso seria uma violação e exploração irresponsáveis, sem consideração pelo inconsciente do analisando. Sobre esta relação, Balint discute:

Por exemplo, recomenda-se intensamente aos clínicos gerais para não tentarem analisar os sonhos, pelo fato de que, sem uma formação psicanalítica adequada ninguém pode compreender o conteúdo latente de um sonho, ou seja, os mecanismos mais sutis do inconsciente. Do mesmo modo, não se deve tentar criar condições que facilitem o surgimento de desejos, de formas de experiência, de estados mentais primitivos, enfim, formas primitivas de transferência, porque a compreensão de todas as implicações disso, assim como sua utilização, pode ultrapassar os limites das possibilidades de um não-analista. Consequentemente, os não-analistas não devem nem tentar descobrir os conflitos inconscientes, profundamente reprimidos, nem tentar remediar a falta básica: eles devem se contentar com o trabalho de superfície (BALINT, 1994, p. 12).

Dessa forma, o papel dos médicos de família não seria uma análise superficial, mas um trabalho de superfície. Fazem isso preferindo e encorajando associações livres, intervindo tão pouco quanto possível para se manter na superfície, evitando adentrar elementos do inconsciente.

Balint era enfático em argumentar o não-acesso ao inconsciente tal como a técnica de interpretação analítica, que tem este propósito. Dessa forma, novamente argumenta que as interpretações do seminário de discussão de casos com os clínicos:

[...] quase nunca diziam respeito às motivações latentes do comportamento terapêutico do médico, esfera esta que chegamos a denominar “transferência privada”. Não se toca nesta, tanto quanto em sua vida privada particular. O que nos interessa é a “transferência pública”, ou seja, o aspecto de seu trabalho profissional que, através do relato do caso e de sua participação da discussão, torna-se pouco a pouco conhecida por todos os membros do seminário. E mesmo no que diz respeito a este ponto, nosso objetivo é antes de mais nada torna-lo capaz de fazer, ele próprio (o médico), suas descobertas (BALINT, 1994, p. 20).

Balint discute então que a contribuição que acredita que a psicanálise pode oferecer à medicina, ou seja, que o trabalho de psicanalistas oferece a médicos é um trabalho de superfície que não se propõe a ser uma “psicanálise reduzida”, “psicanálise de bolso”. É inevitável que os conhecimentos psicanalíticos foram a lente para que Balint compreendesse a prática médica, a relação de médicos e pacientes e como poderia ajudá-los a se entender melhor nos casos. A influência de Ferenczi,² seu supervisor em sua formação psicanalítica, ajuda a entender a inclinação ao olhar o sintoma na prática médica e como a psicanálise poderia ajudar a medicina no cotidiano. Ou seja, há influência de Ferenczi na construção de seus conhecimentos em psicossomática, áreas em que produziram trabalhos juntos. O desenvolvimento da psicossomática, contudo, não é objeto deste estudo.

Há um percurso importante a ser analisado entre o trabalho iniciado por Michael Balint com grupos de médicos e a técnica dos Grupos Balint. Se observarmos a evolução histórica de sua produção, Balint se interessou por psicanálise quando ainda morava na Hungria e se aproximou da psicanálise entre 1918 e 1939, quando já trabalhava com Ferenczi com grupos de médicos, mas com resultados limitados, segundo Lakasing (2005), por limitações relacionadas ao contexto político húngaro.

A incorporação à Clínica Tavistock, descrita como momento de maior produtividade, ocorreu em 1948. Em 1950, Balint deu sequência aos grupos que havia realizado antes e que buscavam ajudar os médicos de família e comunidade ingleses, os *general practitioners* (GP's), a compreender o que ele chamava de “aspecto psicológico” de sua prática. Seus estudos o levaram a concluir que seu método permitia aos médicos e profissionais participantes refletir sobre seu trabalho, descarregar ansiedades e frustrações geradas pelo trabalho. Ajudavam a despertar interesse dos profissionais em casos considerados difíceis, desgastantes,

² Psicanalista húngaro nascido na cidade de Miskolc, um dos mais íntimos colaboradores de Freud. Formado em medicina pela Universidade de Viena (1894), especializou-se em neurologia e neuropatologia e adquiriu experiência com a *hipnose*. Após conhecer (1908) **Sigmund Freud**, com este estabeleceu uma grande amizade pessoal e logo passou a integrar a Sociedade de Psicanálise de Viena, que reunia os mais próximos colaboradores do criador da psicanálise. Com o tempo suas pesquisas acabaram por afastá-lo da ortodoxia psicanalítica e de **Freud** e, nos últimos anos de vida, modificou suas posições e adotou a tese de que o terapeuta deve ser livre para manifestar afeição pelo paciente e encorajá-lo a reviver experiências traumáticas da infância. Morreu em Budapeste e suas experiências em clínica psicanalítica viriam a se constituir nas bases do psicodrama e da análise de grupo. Seu mais conhecido livro foi *The Development of Psychoanalysis* (1924), escrito em colaboração com **Otto Rank**. (FERNANDES, s.d.).

“perdidos”, irritantes e com características negativas que pudessem gerar afastamento do médico com o paciente (MOREAU; RICAUD, 2000 APUD BRANDT, 2009). Nesse momento já havia conhecido, na própria Clínica Tavistock, Enid Balint, sua terceira esposa, com quem dividiu também sua produção acadêmica até seu falecimento, conforme já citado.

A obra clássica *O médico, o paciente e sua doença* sintetiza sua observação de diversos casos que acompanhou. Balint apreendeu seus conhecimentos acerca da relação médico-paciente a partir de um método de seminários médicos, nos quais os profissionais relatavam casos clínicos para debates em grupo, mas dispensando o detalhamento de dados objetivos clínicos, privilegiando aspectos subjetivos relacionados ao médico, ao paciente, ao adoecimento e doença, e também a relação médico-paciente. Dessa forma, elementos como a análise de contratransferência, por exemplo, eram relevantes nos seminários médicos, permitindo que a discussão do caso clínico deixasse de priorizar apenas o campo cognitivo, e transformando o inconsciente em consciente. Para tal, foi necessário introduzir no seminário a associação livre de palavras, solicitando que os participantes fizessem relatos sem recorrer às anotações (BALINT, 1988).

Nos seminários, os casos continham o que Balint chamava de diagnóstico tradicional e diagnóstico geral. O diagnóstico enquanto rótulo sempre foi considerado pouco relevante para Balint (1988), mas o autor não negou em sua pesquisa o debate dos casos a partir de diagnósticos tradicionais e diagnósticos gerais dados pelos médicos assistentes. Para exemplificar, o diagnóstico tradicional incluiu doenças como enxaqueca, hipertensão e insônia; o diagnóstico geral era mais amplo e em geral envolvia aspectos psicológicos ou condições gerais, como: “laços familiares muito fortes”, “obrigação de cuidar de outras pessoas”; “medo de crueldade e violência”; “segredo sobre sua vida emocional e sexual com fracas necessidades heterossexuais e talvez algumas homossexuais”; “tensão entre irmão e irmã”. Estes exemplos de diagnóstico foram tirados da própria obra do autor (BALINT, 1988, p. 10).

O modelo de seminário englobava, em sua maior parte, médicos experientes da Clínica Tavistock, portanto seu estudo não envolvia médicos em formação, tais como residentes. Também estavam incluídos psicanalistas e psiquiatras. Apresentavam os casos os clínicos gerais de Tavistock, mas também alguns outros médicos de clínicas londrinas que eventualmente pediam ajuda com seus casos, em

geral por meio de carta, expondo em narrativas suas impressões sobre o caso. Nas discussões, os membros do seminário defendiam seus pontos de vista sobre o paciente, sobre a relação que os médicos tinham com seus pacientes, visões do que funcionou satisfatoriamente ou não nas consultas, a relação com outros profissionais e familiares envolvidos no caso, como foi a condução do caso e que condutas deveriam ser tomadas.

O formato dos seminários era bem diferente de como é conhecida a técnica dos Grupos Balint atualmente. Significa dizer que houve um caminho a ser percorrido e que as reflexões do próprio Michael Balint foram essenciais para essa mudança. Pode-se perguntar, então: como Balint saiu dos seus seminários, sua metodologia de pesquisa original para a técnica dos Grupos Balint? O autor desta dissertação procurou na bibliografia disponível a resposta para esta pergunta e buscou responder de acordo com as interpretações, sobretudo das obras estudadas: *O médico, o paciente e sua doença* (1957), escrito por Michael Balint, *Os seis minutos para o paciente* (1978), organizado por Enid Balint e Jacob Norell, e *A experiência Balint: história e atualidade* (1994), organizado por André Missenard.

O formato dos seminários priorizava casos em que o médico pudesse ter sequência com o paciente. Uma compreensão ampliada da pessoa em seu contexto, suas relações e aspectos da afetividade, sexualidade eram explorados, o que induzia alguns médicos a fazer o que o próprio Balint chamou de “entrevistas longas”.

Depois Balint, que acreditava que havia um potencial terapêutico específico das relações entre os clínicos gerais e seus pacientes, critica a própria ideia de um médico “detetive”, um profissional que escolhe alguns pacientes para fazer entrevistas longas com ênfase em aspectos subjetivos explorados de forma detalhada, tornando os contatos mais longos. Ele mesmo classificou esta abordagem como um “corpo estranho na prática clínica”. Uma ferramenta que poderia ajudar a compreender o sofrimento, o adoecimento, poderia identificar aspectos psicológicos que poderiam ser trabalhados para uma melhoria global da pessoa, mas que ao se tornar de difícil incorporação, gerava mais um problema que a solução. Já no contexto da década de 60, o tempo de consulta dos médicos ingleses, responsáveis por ser a base do sistema de saúde, não permitia um contato longo para alguns e curto para outros. A questão era: quem deveria receber cuidados privilegiados em detrimento de outros?

Baseado nesta discussão de ajudar a prática dos clínicos gerais ao invés de mudar a forma como realizavam suas consultas, Balint produziu duas obras: *Psychotherapeutic techniques in medicine*, traduzido livremente pelo autor como *Técnicas psicoterápicas em medicina* (1961), e *Seis minutos para o paciente* (1978), organizada por Enid Balint e J. Norell, conforme já citado.

No capítulo “Pesquisa em psicoterapia” (1978, p. 1), Michael Balint afirma que seu objetivo inicial era “capacitar os médicos a reconhecer e compreender a queixa de seus pacientes, não apenas em termos de enfermidade, mas também em termos de conflitos e problemas pessoais”. O autor reconhece também que há uma diferença entre a técnica clássica de entrevista psiquiátrica e uma nova técnica para a prática médica, a já citada “entrevista longa”, ou minientrevistas longas, ou entrevista ouvinte, termos que ele usou mas que foram se modificando de acordo com as conclusões de seus estudos.

3.2.3 Ferramentas para a clínica: técnicas balintianas para a relação médico-paciente

Três técnicas de abordagem centrada na pessoa com enfoque terapêutico ou psicoterápico úteis aos clínicos gerais podem ser citadas a partir dos estudos de Balint: (1) a entrevista longa, (2) a técnica focal e a (3) psicoterapia de dez minutos, descrita como Técnica do Flash no segundo capítulo do livro *Seis minutos para o paciente* (1978).

Poder-se-ia citar uma quarta técnica, os Grupos Balint, não incluída por não estar focada na forma de entrevistar, mas que pode ter efeito positivo de mudança a partir da discussão do caso em grupo e nas conseqüentes mudanças no profissional em sua forma de cuidar e na relação médico-paciente *per si*.

Na entrevista longa, vários aspectos subjetivos do paciente eram analisados, a escuta do profissional era atenta a detalhes variados, ouvia-se cuidadosamente e se necessário, examinava-se conscientemente cada área que, na opinião do profissional, pudesse estar relacionada com os problemas de paciente.

Em alguns dos trechos de *O médico, o paciente e sua doença* (1988), Balint defendeu que o investimento em consultas mais longas poderia ser uma economia de tempo e melhores resultados para pacientes que procuram por diversas queixas

de diferentes diagnósticos, que em geral acompanhavam idas frequentes ao médico de referência.

A terapia focal era uma forma de entrevistar em que o profissional observava sua relação com o paciente, como cada um se comportou naquele encontro e o que se podia interpretar deste contexto. A partir daí, o terapeuta seria capaz de produzir o tempo necessário para abordagem em número de sessões e objetivos, e quais resultados deveria encontrar. As pré-condições para a terapia focal eram poder isolar na mente do paciente áreas bem definidas (área focal ou foco); que fosse possível ver um reajustamento considerável nesta área; que esse reajustamento pudesse levar a melhoras importantes na situação geral do paciente (BALINT, 1994, p. 3). Para garantir o foco, esta modalidade de terapia tem duas características: a atenção seletiva e a negligência seletiva. A atenção seletiva são escolhas de interpretações que aproximem o paciente de sua área focal, enquanto a negligência seletiva impede que outros focos o afastassem de seu trabalho. Segundo Balint, em alguns casos se os resultados não fossem satisfatórios, era necessário trocar a área focal, levando eventualmente a bons resultados, a longas terapias ou a falhas.

Balint defendeu bons resultados para esta técnica em sua pesquisa, mas apontou que novamente poderia ser um item usado apenas para alguns pacientes. A forma de ensinar a terapia focal também seria diferente. Ele defendia que analistas poderiam melhor ensinar a técnica, mas argumentava que clínicos e psiquiatras não analisados, ou seja, que não fizeram formação pessoal ou acadêmica em psicanálise, poderiam adquirir habilidade suficiente para uma terapia aceitável.

A descrição deste método está nas obras *Técnicas psicoterápicas em medicina* (1961), na qual fala destas técnicas para profissionais não-psicólogos e não-psiquiatras; e em *Psicoterapia focal: um exemplo aplicado de psicanálise* (1972), em que Balint defende a possibilidade de se fazer psicanálise de forma focalizada na escolha de um problema central do paciente e por sessões definidas. No livro foram usadas 27 sessões. Esta terapia focal tem como público-alvo psicanalistas e psicoterapeutas.

Em resumo, os estudos da terapia focal não tinham como alvo os GP's, mas profissionais da saúde mental, enquanto o trabalho anterior do livro já citado, *Técnicas psicoterápicas em medicina*, tem um enfoque para clínicos gerais ou GP's, podendo ser considerado uma continuidade do *O médico, o paciente e sua doença*.

Pode ser polêmica a ideia de que um médico possa realizar psicoterapia sem formação específica, sem ser psiquiatra ou psicólogo, apenas se for estimulado a discutir seus casos. O termo “psicoterapia” é discutido como uma forma de cuidado não-estruturada, em geral intuitiva mas que pode gerar efeitos positivos quando percebida e conduzida de forma consciente. Não há pretensão de substituir psicanalistas, psicólogos ou psiquiatras, até porque muitos destes também faziam parte do plano de cuidado dos pacientes estudados no seminário. O foco é nos estudos dos efeitos da relação de médicos da Atenção Primária à Saúde (APS) em seus pacientes.

Gelly (1994) discute outro ponto que gera confusão na discussão da teoria balintiana: o uso que Balint faz do termo *psicoterapia*. A definição do termo, que pode ser entendida como: primeiro, por um conjunto de métodos que visam obter efeitos terapêuticos através de métodos psicológicos; segundo, a aplicação de uma técnica precisa de expressão e comunicação, visando a uma reordenação do mundo interior do paciente, através da mobilização de elementos psíquicos inconscientes na situação de uma relação inter-humana privilegiada. Para Balint, no trabalho médico esta psicoterapia não segue uma terapia analítica, não segue um conjunto de conceitos fechados e deve ser buscada por um método de pesquisa conjunto com os próprios médicos. E essa lacuna de conhecimentos pré-definidos gerou uma tentativa de preenchimento de ideias mais definidas, como discute Gelly (1994).

O terceiro conceito descrito é além da entrevista longa e da terapia focal; é a psicoterapia em dez minutos ou técnica do flash, que tem como objetivo, segundo Michael Balint (1978, p. 5), “permitir ao médico oferecer ajuda psicológica a seus pacientes, sem perturbar a rotina normal de sua prática”. Este contraste importante entre a sugestão de entrevista longa do início dos seminários e a nova fase foi destacada pelo autor, que chamou a entrevista longa de “grande detetive”, e a psicoterapia de dez minutos, como “sintonia” ou “*flash*”. Nesse caminho da entrevista longa até o *flash*, Balint considerou que a terapia focal pudesse funcionar como minientrevistas longas de 15 a 20 minutos, em que o profissional atuasse como “grande detetive”, mas não seria necessário pesquisar e ouvir sobre tudo, mas de forma mais objetiva, para prover as chaves necessárias a uma abordagem focada nas maiores necessidades do paciente.

A Técnica do *Flash* ou apenas *Flash* pode ser considerada uma contribuição mais viável para a prática dos clínicos gerais, já que poderia ser usada para qualquer paciente, respeitando a limitação do tempo de consulta na prática dos GP's. Talvez aqui tenhamos algo mais próximo do que a Medicina de Família e Comunidade tenha discutido com o uso do Método Clínico Centrado na Pessoa, embora também haja semelhança com outras teorias de comunicação clínica, e até mesmo com a abordagem familiar sistêmica. Outros estudos podem ser necessários para traçar estes paralelos entre as teorias de comunicação clínica e abordagem centrada na pessoa com as propostas balintianas para a prática médica, não sendo o objetivo deste trabalho. Sendo assim, é importante aprofundar também nos estudos sobre o *Flash*.

O objetivo do *Flash* era a sintonia entre médico e paciente, ponto em que a comunicação entre ambos fosse clara, sem risco de incompreensões. Assim, o médico deveria compreender o paciente, a oferta dele, suas necessidades e agir em sintonia com o outro. O *Flash* é mais um princípio do que uma teoria. Enid Balint, no segundo capítulo de *Seis minutos para o paciente* (1978), defende que:

Se temos uma teoria, somos limitados pela teoria; se não temos teoria, é difícil observar. Tal liberdade só é útil se vem acompanhada de disciplina: em nosso caso, a disciplina de observações cuidadosas e atentas e a habilidade de reconhecer quanto do que é observado originaram-se do paciente, quando é contribuição do próprio médico (BALINT; NORELL, 1978, p. 20).

O primeiro princípio do *Flash* é então a disciplina da observação sem a amarra da teoria; o segundo diz respeito ao que fazer com as observações feitas pelo médico. Segundo Enid Balint, o médico deve refletir em silêncio sobre suas observações e seu significado; identificar-se com o paciente, desenvolver ideias sobre ele e, então, intervir fazendo um comentário ou interpretação para testar sua linha de pensamento. Por isso, a observação do médico deve gerar reflexão, gerando ou não comentário, que para a autora não é o elemento mais urgente. O mais importante no *Flash* é trabalhar com aquilo que perturba o paciente, mesmo que pareça periférico ao médico naquele momento, uma vez que a essência é a sintonia médico-paciente.

O terceiro princípio se relaciona com o direito que o paciente tem de esconder segredos – em resumo, o respeito ao lugar da privacidade do paciente.

Esta técnica não visa romper barreiras do paciente. Apesar de este último princípio gerar questionamento se de fato a atuação é efetiva quando fica na ponta do *iceberg*, a defesa feita por Enid Balint é que, nos resultados de sua pesquisa, foi percebido que seguindo estes princípios consegue-se, algumas vezes, o contato íntimo com seu paciente sem gerar um relacionamento de dependência ou uma forte neurose de transferência.

Remete-se nesse ponto a uma premissa inicial de Balint, de que se for comparado o trabalho do médico em compreender seu paciente e o do analista, o primeiro realiza um trabalho de superfície, diferente da profunda proposta pela psicanálise, reduzindo o risco da análise selvagem (BALINT, 1994). Ademais, o pensamento de Michael Balint era que o paciente usasse o médico quando desejasse, dentro dos limites da personalidade, técnica e habilidade do profissional. Em outras palavras, o médico é um recurso do paciente de acordo com suas necessidades, que explora até os limites que o paciente permite.

As principais características do *Flash*, segundo Enid Balint, são:

- 1) intensidade do contato;
- 2) a liberdade que se dá ao paciente de usar o médico a seu próprio modo;
- 3) a liberdade que dá ao médico de fazer suas próprias observações;
- 4) a liberdade que dá ao médico de ser usado, isto é, de dar-se, sem o temor que os pacientes abusem de seu tempo;
- 5) a disciplina que impõe ao médico durante a breve consulta para observar tanto o paciente como seus próprios pensamentos e sentimentos.

Um conceito importante que é comum certamente à entrevista longa e à terapia focal, e que também está presente de forma menos estruturada no *Flash*, são os conceitos de transferência e contratransferência. Balint defendia que os médicos não precisavam ter formação em psicanálise, e que mesmo seu papel não seria trazer a sabedoria nesta área. No entanto, os conceitos de transferência e contratransferência são frequentemente discutidos, sendo talvez indispensáveis a várias das análises de como atuou o médico, como o paciente agiu e como se deu a relação. Sobre a importância da compreensão da contratransferência no trabalho do médico, Balint explica:

[...] estabelecemos um princípio segundo o qual se o médico sentir alguma coisa enquanto cuidar do paciente, de modo algum deve agir segundo seus sentimentos, mas fazer uma pausa e considera-los como um possível sintoma da doença do paciente (BALINT, 1994, p. 15).

Como o efeito terapêutico na relação é algo que Michael Balint considerava acontecer em longo prazo, o “*flash*” proposto por Enid Balint em conjunto com Michael Balint é importante para dar início a uma relação em que ambos, médico e paciente, trabalham coletivamente para um sucesso terapêutico – o que Balint (1988) chamou de “companhia de investimento mútuo”.

O médico como substância é talvez um dos pensamentos balintianos mais difundidos. Tal como substância pode ser prescrito, pode gerar efeitos colaterais, pode gerar bons resultados, pode ser meio e forma de cuidar, pode ser necessário ser evitado.

Na teoria balintiana por trás de seus grupos, se o médico conseguir se libertar de seus padrões rígidos de contratransferência, poderão se voltar aos pacientes com melhor capacidade de observação e de fazer relatos, observações mais fidedignas, tal como descreve o autor no trecho a seguir:

[...] se os médicos puderem libertar seus esquemas (*patterns*) rígida de contratransferência, poderão se voltar para seus pacientes com melhor capacidade de observação e de fazer relatos mais dignos (BALINT, 1988, p. 22).

3.2.4 A evolução dos seminários: os Grupos Balint

O trabalho dos seminários evoluiu para o que hoje é chamado de Grupo Balint. Na verdade, a técnica conhecida como Grupo Balint foi produto das releituras da teoria balintiana por diversos autores, pesquisadores e profissionais de diversos países europeus, compondo o já citado movimento balintiano.

A técnica dos Grupos Balint mantém a essência dos seminários: ajudar os médicos a lidar com seus pacientes difíceis a partir da livre associação de ideias. E a inspiração para seguir com este propósito se ancorou nos efeitos positivos que Balint percebeu no trabalho dos GP's com o resultado dos seminários. Segundo ele, havia uma mudança personalidade dos médicos depois que participavam por um tempo de seus grupos, o que ele tratava como “mudança limitada, mas considerável” da personalidade para o desenvolvimento de relações médico-paciente mais sólidas.

Há algo interessante na teoria balintiana que abre espaço para o diálogo com as várias correntes de abordagem centrada na pessoa, o que não será objeto de aprofundamento deste trabalho, mas seria relevante para outros estudos. Significa que, se os médicos forem formados em sua experiência para serem “observadores sensíveis e relatores dignos de confiança”, como afirmou Balint (1988), seria possível compreender melhor a personalidade do médico, da pessoa cuidada, mas também mais sobre a estrutura e dinâmica familiar. Suas ideias estabelecem, portanto, um diálogo possível entre as várias correntes que pensam o indivíduo como um todo, integralmente, em detrimento das correntes reducionistas, que tendem a fragmentação.

Havia diferença entre as convicções de cada país sobre os Grupos Balint e a própria “velha guarda” balintiana, grupo liderado por Enid Balint entre tavistockianos, que, por exemplo, discutia a não obrigatoriedade de um psicanalista para liderar Grupos Balint. Para Balint, o psicanalista era necessário como alguém fora da prática médica comum, sem contudo se apresentar como um modelo (GELLY, 1994). A escola holandesa, em seu crescimento no uso dos Grupos Balint entre os anos 60 e 70, foi composto em parte por não-médicos, levantando esta discussão à época, que ainda é tema controverso hoje, mas que não será objeto deste trabalho.

Abordando a conformação do grupo Balint, o líder tem uma função essencial, pois garante o adequado funcionamento do grupo, dentre as quais a proteção àquele que apresenta o caso a ser discutido. A proteção que Balint sugere na técnica dos Grupos Balint guarda relação com a evitação de análise de aspectos pessoais dos médicos no grupo. Sobre isso, o autor comenta que as interpretações dos grupos não dizem respeito às motivações latentes do comportamento terapêutico do médico, esfera esta que o mesmo denomina “transferência privada”. O que lhe diz interessar é a “transferência pública”, ou seja, “o aspecto de seu trabalho profissional (do médico) que, através do relato do caso e de sua participação da discussão, torna-se pouco a pouco conhecida por todos os membros do seminário” (BALINT, 1994, p. 20). Assim, o médico tem a possibilidade de fazer suas próprias descobertas sobre seu comportamento e personalidade no trabalho.

Balint (1988) argumenta que a psicoterapia não é o propósito principal do grupo, ou seja, não é foco oferecer um espaço psicoterápico para seus

participantes. Para Balint, o efeito psicoterápico pode acontecer, segundo o autor, de forma limitada. Sobre esta questão, Brandt (2009, p. 7) discute:

No campo da transferência e da contratransferência, Balint preocupou-se com a exposição de conteúdos íntimos no grupo, pois não há foco na psicoterapia. Resolveu o dilema criando os conceitos de transferência pública e transferência privada. A primeira refere-se aos conteúdos que são comuns aos participantes de um grupo na medida em que todos têm a mesma profissão e formação semelhante, enquanto a segunda, a transferência privada, está referida aos conteúdos mais íntimos, que não devem ser compartilhados em um *setting* que não pode preservar a intimidade. Adotou no processo grupal a diferenciação da transferência, restringindo as intervenções àquelas que podem ser consideradas de caráter público. O próprio Balint admitiu, entretanto, que em raras situações, em contexto de grupo com longa história e havendo também um conhecimento mútuo representativo, chegou a intervenções dentro do âmbito da transferência privada, mas ressaltou que o adequado é orientar o participante que apresenta demanda psicoterápica a procurar análise pessoal.

Um dos efeitos provocados pelos GB é permitir que todos os participantes entrem em contato com os sentimentos do relator do caso. Por isso, diz-se que os Grupos Balint proporcionam um exercício de empatia, entendendo este conceito, segundo Stein (1998, APUD SAVIAN FILHO, 2014), como experienciar a vivência alheia. Como os profissionais costumam estar inseridos num mesmo cenário – como por exemplo a Atenção Primária à Saúde -, ou por serem muitas vezes médicos de Família e Comunidade, há sentimentos comuns que podem explicar a construção da identidade profissional e a satisfação profissional trazida com a participação nos Grupos Balint.

Para que os participantes do grupo se aprofundem na relação médico-paciente, o ambiente deve inspirar respeito entre os membros e sigilo do conteúdo discutido durante as sessões, a fim de produzir uma relação de confiança mútua. Nesse sentido, os líderes têm a função, por exemplo, de garantir que o relator do caso não seja questionado sobre a relação do caso com questões como infância e experiência pessoais. Isso corrobora a ideia de que o grupo não se assemelha à psicoterapia.

Sobre a presença de Grupos Balint na formação médica, Michael Balint liderou grupos com estudantes na década de 60. Países como Estados Unidos, Reino Unido e Alemanha mantêm GB como parte do currículo da graduação e pós-graduação em Medicina, havendo esta oferta em mais de 50% dos Programas de

Residência Médica em MFC nos EUA, segundo levantamento realizado em 2000 (DIAZ, 2015).

Suckling (2006) define a técnica como grupos com foco na análise e reflexão acerca da relação médico-paciente compostos por oito a 12 profissionais de saúde facilitados por um ou dois líderes. O método consiste numa apresentação de caso seguida de uma discussão geral com ênfase no conteúdo emocional da relação médico-paciente. Os participantes apresentam um caso sobre algum paciente que traga situações ditas incômodas, irritantes ou “difíceis” (SUCKLING, 2006).

O funcionamento do grupo será explicado, neste trabalho, adaptando-se a divisão proposta por Salinsky (2013) e dividido em seis momentos: 1) apresentação da metodologia (nas primeiras vezes ou se houver necessidade, como quando há chegada de novos membros); 2) apresentação do caso; 3) esclarecimentos sobre o caso; 4) “*push-back*”; 5) retorno; e 6) encerramento.

1) Apresentação da metodologia

Em geral os GB são fechados, com participantes fixos, mas recomenda-se que na primeira vez sejam contados a história, os objetivos, regras de funcionamento e papéis dos líderes e dos membros principalmente quando houver participantes novos.

2) Apresentação do caso

As sessões começam com a pergunta: “Alguém tem um caso?”. Em geral, recomenda-se trazer casos de pacientes que terão seguimento pelo profissional. Aguarda-se o tempo necessário para algum participante trazer um caso e apresentar brevemente uma situação, sem a necessidade de trazer dados clínicos tal como uma discussão clínica tradicional. Pode haver um longo silêncio nesse momento. Não é recomendável combinar previamente a apresentação de um caso. Se houver mais de uma oferta, os membros devem chegar a um acordo sobre qual caso discutir. Em alguns grupos, prioriza-se a discussão do primeiro caso apresentado. Essa primeira parte tem a duração média de 5 a 10 minutos.

3) Esclarecimento do caso

Em seguida, os participantes têm oportunidade de fazer perguntas esclarecedoras, evitando entrar no mérito dos sentimentos trazidos pela relação

médico-paciente, que serão abordados depois. Perguntas que podem ajudar são do tipo: “que idade ele ou ela tem?”, “como ela parece?” ou “com quem ela vive?”.

O líder deve estar atento para evitar perguntas sobre por que o médico agiu de certa forma, o que pretende fazer no futuro ou sobre seus sentimentos no caso, pois a ideia é que os membros façam isso na etapa a seguir. Pode parecer estranho para os que não estão habituados com esta forma de supervisão, mas a razão é justamente permitir que o grupo assuma os papéis do paciente e do médico, experimentando situações e dilemas pelos quais o apresentador do caso possa ter passado. Esta parte tem duração breve de média de 5 a 10 minutos.

4) “Push-back”

Em seguida, o apresentador do caso é convidado a recuar sua cadeira na roda para ouvir os outros membros elaborarem aspectos relacionados aos sentimentos do médico, do paciente e da relação. O grupo deve buscar evitar julgamentos, tentativas de “resolver” o caso, mas deve buscar formas criativas e espontâneas de pensar a situação. Por isso, comparações com imagens, fotografias, filmes e afins são bem-vindas. O líder e o colíder devem estar atentos para possíveis superexposições do apresentador, mantendo um clima de harmonia e confiança. Devem tentar manter o foco do grupo no caso e no tripé entre médico, paciente e a relação entre eles. Esta parte tem a duração média de 25 minutos. Em seguida, o apresentador do caso é convidado a retornar à roda e fazer ou não comentários sobre as elaborações em curso. Esta parte dura em média 10 a 20 minutos.

5) Retorno do apresentador

O momento do retorno do apresentador permite que ele possa expor suas impressões, acrescentar informações e até trazer novos elementos ao grupo. O momento dura entre 10 e 15 minutos.

6) Encerramento

O fechamento não precisa ter uma fala final com objetivo didático específico, podendo o grupo ser encerrado a critério dos líderes, caso considerem que o grupo tenha explorado os elementos do caso suficientemente. Em geral, os grupos não

têm uma fala de encerramento relacionada à discussão, porque a que ocorre durante o grupo é suficiente para disparar as reflexões sobre a relação médico-paciente.

Recomenda-se que os líderes tenham alguns minutos para refletir sobre o funcionamento do grupo e de seu papel para aprimoramento nesta função. São previstos 10 a 15 minutos para diálogo entre os líderes sem a participação dos demais participantes para pensarem em como o grupo se desenvolveu, como foi o papel dos líderes e o que pode ser aprimorado.

Vários desses momentos e suas durações variam entre líderes, sofrendo então algumas variações dependendo de suas preferências e principalmente de como foram treinados.

Salinky (2013) coloca três regras fundamentais para os grupos:

Tabela 1: Premissas para os Grupos Balint

- | |
|--|
| <ol style="list-style-type: none">1. Tudo que é dito no grupo será confidencial, incluindo o conteúdo sobre pacientes, colegas e membros do grupo.2. Todos devem ser ouvidos e toda contribuição deve ser respeitada.3. Embora algumas pessoas possam falar sobre suas histórias pessoais se considerarem relevante, não serão feitas perguntas sobre suas qualidades pessoais e perdas na infância. |
|--|

Fonte: Salinsky (2013), acessado em UK Balint Society..

Nos grupos, o líder tem a responsabilidade de garantir o início e o término do grupo no tempo combinado, geralmente de até uma hora. É responsável por garantir que as regras pactuadas no início sejam cumpridas. Como o trabalho é em grupo reduzido, é importante estar atento para pessoas que queiram falar e também para aquelas que falam mais do que as outras e que podem ser gentilmente lembradas que além de falar, também é importante ouvir. É preciso garantir que seja um espaço seguro para falar de sentimentos, evitando qualquer julgamento.

Em geral, os grupos podem ter um ou dois líderes. Recomendam-se dois para que haja complementaridade nas funções. A exemplo, um líder poder observar aspectos diferentes do grupo, sobretudo porque as falas durante os grupos podem ser rápidas, com muitas informações; um líder pode ter um senso de disciplina diferente de seu colega, podendo atuar de forma complementar; se um propõe uma intervenção e se envolve com o caso, o outro pode continuar a observar detalhes do

grupo. Um momento final de troca entre líderes pode ser muito útil para o amadurecimento desta função e para aprimorar competências em grupos futuros.

3.2.5 Formação em MFC e os Grupos Balint

A Residência Médica (RM) em Medicina de Família e Comunidade (MFC) é o padrão-ouro para a formação de médicos para a Atenção Primária à Saúde. No Rio de Janeiro, existem quatro Programas de Residência Médica em atividade até o presente momento, em 2017: Prefeitura do Rio de Janeiro (Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil – SMSDC), Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) e Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP) da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz).

A cobertura de Atenção Primária à Saúde (APS) em 2008, quando teve início a reforma da APS na cidade do Rio de Janeiro, era de 3,5%. Em 2015, ultrapassou os 55% e em 2016 foram previstos 70% (SORANZ et al., 2016). A capacidade de formar novos especialistas em MFC também cresceu: se em 2011 eram 16 vagas ofertadas, em 2016 eram 222 (IZECKSOHN et al., 2017).

Nessa perspectiva, é um desafio para uma rápida expansão garantir qualidade para aquisição das competências essenciais para uma prática voltada às necessidades do Sistema Único de Saúde (SUS) na cidade do Rio de Janeiro. Dentre essas competências, este trabalho estuda o GB como ferramenta para auxiliar o aprimoramento do cuidado no que tange essencialmente à subjetividade da relação médico-paciente.

A *American Balint Society* (ABS), sociedade americana que estuda e promove estudos e eventos sobre Grupo Balint, listou as competências que os grupos ensinam com base no documento do *Accreditation Council for Graduate Medical Education* (ACGME), entidade responsável pela produção de documentos sobre as competências dos programas de pós-graduação médica nos Estados Unidos. As 19 competências estão abaixo listadas, segundo a ABS (2014).

Tabela 2: Competências adquiridas com a participação em Grupos Balint

- | |
|---|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. Melhora a habilidade de escuta entre ambos, pacientes e colegas 2. Permite lidar com incertezas (e complexidade) sem sentir necessidade de afastá-las 3. Encoraja pensamento integrativo |
|---|

4. Revela dinâmicas de grupo
5. Encoraja empatia
6. Encoraja reformulações
7. Encoraja pensar fora de limites (“pensar fora da caixa”)
8. Usa métodos para expressar frustração, dor e alegria
9. Encoraja camaradagem entre membros do grupo
10. Encoraja intimidade entre os membros do grupo
11. Melhora poder de observação
12. Mostra valor de ser e do não-fazer
13. Encoraja reflexão
14. Encoraja autoavaliação
15. Melhora satisfação da prática de Médicos de Família e Comunidade
16. Desenvolve e encoraja um repertório de comportamentos que podem ser terapêuticos para uma variedade de pacientes
17. Melhora a capacidade de ouvir e entender o estado mental dos pacientes e como influencia o cuidado médico
18. Demonstra aumento de sensibilidade e habilidade em lidar com aspectos psicológicos do adoecimento do paciente
19. Aprende a reagir e ouvir casos difíceis dos colegas de uma forma gentil e numa postura de apoio

Fonte: *American Balint Society* (2014).

Os Grupos Balint têm sido capazes de aprimorar o manejo com situações de estresse da relação médico-paciente, aumentar a resiliência, melhorar a satisfação profissional, promover autoconhecimento, ampliar capacidade de percepção da subjetividade, além de prevenir *compassion fatigue* e *burnout* (ATKINSON; ROSENSTOCK, 2015; BENBASSAT; BAUMAL, 2005; BENSON; MAGRAITH, 2005; GHETTI et al., 2009). O termo *compassion fatigue*, do inglês, é definido por uma disfunção súbita característica de profissionais que lidam com pacientes em sofrimento e eventos estressantes graves. É caracterizado pelos sintomas de disfunção, falta de perspectiva, confusão, isolamento e exaustão. Sobrecarga de trabalho e sensação de insucesso com os pacientes também é frequente. O *burnout* é definido como uma sensação de exaustão física e emocional causada por envolvimento de longo tempo com situações emocionalmente demandantes. Depressão, cinismo, esgotamento, perda da compaixão e desencorajamento são sintomas característicos (BENSON; MAGRAITH, 2005).

Poucos estudos, contudo, produziram resultados quantitativos com métodos validados dos GB para aumento de empatia e prevenção de *burnout* (GHETTI et al., 2009). Existem limitações metodológicas nos estudos quantitativos dos GB, e por isso há um questionamento sobre os resultados citados como consequência de sua prática. É importante ressaltar a dificuldade metodológica nos Grupos Balint: Van Roy et al. (2015) afirmam que, no caso dos estudos quantitativos, o número da amostra, a frequente ausência de grupo controle, a falta de confiabilidade e verificabilidade dos instrumentos de aferição utilizados, o uso incorreto da estatística e a incompletude aparecem na apresentação de resultados. Os autores também ponderam que, no caso dos estudos qualitativos, falta uma abordagem sistemática sobre os dados e estudos, mas reforça a relevância dos GB.

Quanto a seu uso na formação, revisão bibliográfica feita por Benbassat e Balmal (2005) colocou o GB como uma das técnicas de ensino possíveis para ampliação de autopercepção e autoconhecimento dos alunos na graduação de Medicina, dentre outras competências. Mas ainda é preciso compreender quais são os limites e potencialidades do GB, e se possuem papel central e prioritário ou apenas complementar para a aquisição de competências relacionais que valorizam a relação médico-paciente e a subjetividade, dentro de um currículo de graduação de Medicina ou de Residência Médica em MFC.

Provavelmente porque os grupos originalmente foram elaborados para a reflexão dos GP's, parte considerável do uso dos GB na formação é em Programas de Residência em MFC. Há, no entanto, uso crescente em outras especialidades médicas, tal como Ginecologia e Obstetrícia, Oncologia e Psiquiatria (NEASE, 2007). Não obstante, já existem estudos discutindo o papel dos GB na graduação em Medicina (TORPPA, 2008).

No caso dos estudantes de Medicina, observou-se a recorrência de determinados temas, tais como presenciar injustiças, conflitos de valores, dificuldade em relacionamentos humanos, pacientes incuráveis e confusão de papéis (TORPPA, 2008). Diante disso, pode-se supor que os GB permitem discussões de temas que não são facilmente trabalhados em aulas expositivas e outras metodologias tradicionais.

Um estudo quali-quantitativo proposto por Atkinson e Rosenstock (2015) sobre o papel dos GB na graduação foi realizado com estudantes de terceiro e quarto ano. Foram ofertados grupos abertos mensais por anos e observou-se

frequência oscilante por outras demandas curriculares e obrigações acadêmicas. Nos resultados, os alunos reconheceram os GB como um espaço confidencial, de não-julgamento para compartilhar experiências, com aumento da profundidade e efeitos positivos em diversos aspectos pessoais e profissionais com a participação. Atkinson e Rosenstock (2015) falam da importância da continuidade destes grupos para que haja crescimento profissional e benefício pessoal para os alunos, o que também é debatido em outros estudos para os grupos formados por médicos.

Muitos participantes expressaram uma ansiedade inicial pelo caráter menos estruturado dos Grupos Balint (se comparados a uma apresentação de caso clínico, por exemplo), além de sentimentos de potencial vulnerabilidade, falta de concretude do problema e falta de proposição de soluções para as situações apresentadas. Vários destes reportaram, no entanto, que esses sentimentos diminuíram com a participação nos grupos e foram suplantados pelo crescimento pessoal.

Outro estudo que cita o uso de GB na formação foi o desenvolvido por Ghetti et al. (2009) com um grupo de residentes em Ginecologia e Obstetrícia. Neste, os residentes foram expostos aos Grupos Balint por 12 meses. Os autores aferiram que inicialmente o índice de *burnout* entre os 36 residentes era de 70%; ao fim dos 12 meses, os níveis de *burnout* se mantiveram, mas houve aprimoramento de ferramentas, que os autores chamaram de “medicina psicológica”, compreendida neste trabalho como aspectos relacionais e da subjetividade médico-paciente.

4. METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa qualitativa de tipo exploratória, uma vez que esta modalidade, segundo Minayo et al. (2002), responde a questões que não podem ser quantificadas. Segundo a autora, a pesquisa qualitativa:

[...] trabalha com o universo dos significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, dos valores, das atitudes – num conjunto de fenômenos humanos entendidos como parte da realidade social. Assim, o objeto da pesquisa qualitativa está no mundo das relações, das representações, e da intencionalidade (MINAYO et al., 2002, p. 21).

Este estudo busca descrever e analisar percepções do conjunto dos residentes de um Programa de Residência Médica em MFC no âmbito dos Grupos Balint. Segundo Antonio Carlos (2002, p. 41), uma pesquisa exploratória tem como objetivo principal o “aprimoramento de ideias”, neste caso sendo importante o debate da ferramenta Grupo Balint a partir das interpretações decorrentes do estudo, buscando refletir acerca do objeto supracitado.

4.1 Universo do estudo

O universo do estudo incluiu todos os residentes de segundo ano que aceitaram participar da pesquisa e que estavam matriculados e cursando, nos anos de 2016 e 2017, a Residência de Medicina de Família e Comunidade da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) e da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP), da Fundação Oswaldo Cruz. Essas instituições desenvolvem de forma compartilhada o Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade (PRMMFC). Os residentes deste programa são alocados nas unidades Clínica da Família Victor Valla (CFVV) e Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria (CSEGSF) em Manguinhos; e na Clínica da Família Wilma Costa (CFWC), no bairro da Ilha do Governador, todos na cidade do Rio de Janeiro, Brasil.

A escolha de residentes de segundo ano (R2) se deu pela necessidade de um tempo mínimo de vivência em Grupos Balint, ao acreditar que, com mais participação, poderia haver mais reflexão sobre os efeitos do grupo na prática clínica. Por isso, a escolha da amostra por tipicidade ou intencional é, segundo

Antonio Carlos (2002, p. 91): “amostragem não probabilística e consiste em selecionar um subgrupo da população que, com base nas informações disponíveis, possa ser considerado representativo de toda a população”.

Ser R2 foi então critério de inclusão, sendo R1 critério de exclusão. O motivo desta seleção foi para captar a percepção de residentes que já tivessem um número mínimo de Grupos Balint, além de ter mais tempo de prática na residência para refletir sobre os efeitos dos grupos em sua formação. Ao todo, 17 residentes participaram da pesquisa.

O Programa de Residência Médica em MFC UFRJ/ENSP teve início em 2008, com inserção no bairro de Manguinhos, e a partir de 2016, na Ilha do Governador. No momento há 23 residentes, sendo 12 residentes de primeiro ano (R1) e 11 de segundo ano (R2), 15 preceptores e dois coordenadores. Os GB ocorrem mensalmente e são curriculares, sendo recomendada, mas não obrigatória, a participação de todos os residentes. A liderança dos grupos é feita em dupla, estando três professores da UFRJ disponíveis para revezar nesta função, sendo um deles o autor deste estudo, com a participação também da coordenadora do espaço pedagógico em que ocorre atividade, também professora da UFRJ. No total, participam 23 pessoas nos grupos, a depender das flutuações por férias, estágios optativos e eventuais faltas.

É importante também contextualizar o autor e o contexto da pesquisa. O autor é parte do Programa de Residência Médica em MFC UFRJ/ENSP desde o período de 2009-2011, quando atuou como residente; de 2011 a 2017 como preceptor e de 2014 a 2017 também como professor da UFRJ. Participa sistematicamente do acompanhamento de residentes nos espaços da Clínica Família Victor Valla onde está inserido, também regularmente em espaços teóricos para R2 e nos espaços teóricos para R1 e R2 mensalmente nos Grupos Balint. Esta informação é importante pois a inserção do autor não é distanciada da realidade a ser observada; ao contrário, existem múltiplos espaços em que é possível não só observar, mas atuar.

4.2 Coleta e análise de dados

As técnicas de pesquisa para coleta e análise dos dados foram as seguintes: Observação Participante, Grupo Focal e Análise de Conteúdo. Sendo assim, tratar-

se-á nesta seção de fazer as devidas justificativas para relacionar a metodologia com os objetivos de pesquisa e uma descrição detalhada do desenvolvimento desses métodos na prática.

4.2.1 Coleta de dados

Como coleta de dados, foi escolhida a observação participante (FERNANDES; MOREIRA, 2012; QUEIROZ et al., 2007). A observação e a participação são temas importantes a se discutir. Optou-se pela observação participante, pois embora o objeto primário seja analisar e descrever a percepção dos residentes acerca dos Grupos Balint em sua formação, há aspectos relacionados ao contexto em que a inserção do autor permite aprofundar a análise.

Fernandes & Moreira (2013, p. 518) defendem que a pesquisa qualitativa e, especialmente, a observação participante obrigam o pesquisador a lidar com o outro e que “pressupõe convívio e intercâmbio de experiências”. Há, então, inegavelmente, nesta pesquisa, a dualidade entre as vantagens da participação, tais como profundidade na compreensão; e da desvantagem de um importante envolvimento e participação como um possível viés, se a lógica de análise for a necessidade do distanciamento para melhor observar, num caráter mais tradicionalista de pesquisa, o que será discutido mais adiante.

Adota-se como defesa da metodologia a ideia de que esta inserção parece mais ter contribuído do que funcionado como um viés. E para defender este argumento, cabe dizer que vários autores (PÊCHEUX, 1990; THIOLENT, 1986) argumentam que a pesquisa social não pode ser, não pode ter, enfoque idêntico ao das ciências exatas, onde se busca um resultado verdadeiro ou falso de acordo com as hipóteses – a lógica do “sim” ou “não”, negar ou aceitar determinada hipótese. Ao contrário, a pesquisa social tem um caráter interpretativo da realidade e há importante influência de quem observa esta realidade. Sendo assim, deve-se desconstruir a ideia de neutralidade. Sobre este assunto, a argumentação de Pêcheux (1990, p. 29), em sua obra *O discurso: estrutura ou acontecimento?* é muito útil: “não descobrimos, pois o real: a gente se depara com ele, dá de encontro com ele, o encontra”.

Ao analisar e descrever a percepção de residentes acerca dos Grupos Balint, é importante reforçar que não há interesse em responder se esses grupos são úteis

ou não como regra geral para outros Programas de Residência Médica. Ou seja, se são ferramentas para serem reproduzidas em outro contexto ou não, pois o maior compromisso do autor é na interpretação dos efeitos produzidos no grupo analisado, sem gerar uma hipótese geral de efetividade ou não-efetividade para os Grupos Balint. O leitor pode interpretar, por exemplo, pelos resultados, que seria positivo ou negativo ter Grupos Balint em seu espaço institucional a partir da leitura deste trabalho, mas o objetivo do trabalho em si não é testar a hipótese “Grupos Balint como ferramenta de ensino, válido ou inválido?”.

No contexto em que o autor desta dissertação está inserido, está claro que há implicação com o Programa de Residência, e que os Grupos Balint podem ajudar os residentes em sua formação. Seria um contrassenso apoiar uma ferramenta como curricular se não houvesse a compreensão dos atores do Programa de Residência Médica em MFC UFRJ/ENSP de que tal ferramenta é válida.

E ainda na argumentação de que a inserção e a implicação do autor são úteis, sustenta-se, como já dito, que não há neutralidade, já que segundo Pecheux (1990, p. 44), “todo fato já é uma interpretação”. Por isso, os resultados da pesquisa proveem de muitas interações entre o autor e os pesquisados, para além de compreender os efeitos dos Grupos Balint nos residentes, mas também buscar os caminhos pedagógicos mais úteis para a formação de alunos.

Daí a escolha de uma metodologia com métodos da pesquisa participante, pois, segundo Thiollent (1986, p. 14), “a participação de pessoas implicadas é absolutamente necessária”, o que é válido para pesquisas participantes como nas técnicas de pesquisa-ação e a observação participante, sendo esta última de escolha deste autor.

Mas se objetivo principal é analisar e descrever percepções dos residentes, por que uma observação participante?

Já foi citado aqui que a produção de efeitos entre pesquisador e pesquisados é um nível interacional que produz efeitos continuamente e que, por isso, não se pode dizer que haja um nível de distanciamento para observação que permita a neutralidade. As próprias presença e interação do pesquisador por si só já produzem mudanças no cenário.

Queiroz et al. (2007), em sua revisão bibliográfica e crítica sobre a observação participante, expõem as diferentes definições acerca deste método de pesquisa. Para as autoras, a observação participante “modifica a ação do

pesquisador que, ao integrar o grupo que vivencia a realidade social, propicia interações que contribuam para a modificação de comportamento do grupo observado de forma não intencional” (QUEIROZ et al., 2007, p. 278).

Sobre a definição e uso deste método de pesquisa, Schwartz & Schwartz (1955) expõem que a observação participante não é só um instrumento de captação de dados, mas também é um instrumento de modificação do meio pesquisado, ou seja, de mudança social – havendo ou não intencionalidade em interação com o meio para a mudança, alguma mudança ou produção de efeitos e sentidos inexoravelmente ocorre.

Há uma vantagem na observação participante, segundo Queiroz et al. (2007, p. 281), que é “a possibilidade de obter a informação no momento em que ocorre o fato, na presença do observador”. E por fazer parte do Programa de Residência, não foi necessário o autor ter um momento inicial para integração do grupo, pois já é parte dele. A aceitação, a confiança entre os membros do grupo já foram construção anterior à pesquisa, e foi necessário pactuar a mudança do lugar de facilitador dos Grupos Balint para o lugar de pesquisador, lugar construído gradualmente com os residentes de forma a criar um espaço de confiança. Houve a implicação clara do grupo em contribuir com a pesquisa, uma vez que havia uma chance de refletir sobre o melhor uso da ferramenta Grupo Balint para modificar positivamente seu desempenho e aprendizado.

Como será tratado mais adiante, os riscos, benefícios e o caráter opcional da pesquisa foram explicitados, assim como a própria participação nos Grupos Balint, que nesse Programa de Residência não é obrigatória.

Pode-se dizer então que este trabalho debate criticamente o conceito clássico de pesquisa convencional a partir de autores como Pêcheux (1990) e Thiollent (1986). Não parece ser factível, num espaço onde a interação entre os sujeitos é contínua, haver neutralidade, não-interferência do observador e isolamento de variáveis. No caso desta pesquisa, o pesquisador está implicado no processo, imbuído de um objetivo educacional significativo com seus alunos, assumindo ora o papel de facilitador, ora de observador dos Grupos Balint. Há a implicação clara, como já dito, de buscar uma formação adequada a seus alunos; portanto, não há um ambiente de produção científica asséptico, como se poderia buscar num caráter experimental de pesquisa laboratorial, por exemplo.

Os residentes, que são sujeitos desta pesquisa, tampouco podem ser considerados cobaias, já que desempenharam papel ativo durante o período observado, pois independentemente da existência da pesquisa, autodirigiram seus itinerários pedagógicos e fizeram mudanças e sugestões necessárias para o melhor aproveitamento nos Grupo Balint como espaços de aprendizagem, categoria que é discutida durante os resultados e que surgiu como debate também nos Grupos Focais.

O Grupo Focal, segundo Morgan (1997), é uma técnica de pesquisa que coleta dados por meio de interações grupais discutidas com base em tópico especial sugerido pelo pesquisador. A escolha dos grupos focais se deu pela necessidade de descrever as percepções dos residentes acerca dos Grupos Balint, mas principalmente os efeitos que o grupo acredita serem úteis ou não a sua prática profissional. Por isso, a produção do debate e da produção de sentidos no grupo foi superior à ideia de entrevistar individualmente os sujeitos da pesquisa.

Sendo assim, o roteiro do grupo focal (Apêndice 1) menciona o tema das influências positivas e negativas dos GB na formação profissional do residente estudado.

Realizaram-se dois grupos focais em dois grupos distintos. O Grupo Focal 1, de residentes que estavam em seu segundo ano em 2016, e os que estavam em seu segundo ano em 2017, havendo então a divisão por turmas para cada grupo focal. Foram realizados dois grupos, e parece ter sido suficiente para a produção de debates considerando o objetivo principal desta pesquisa, ainda que outros estudos possam ser feitos para aprofundar debates e explorar com mais detalhes categorias específicas de análise. Sobre a participação nos grupos, pode-se dizer que a totalidade do universo da pesquisa, que são os residentes de segundo ano, foi convidada a participar dos GF, havendo apenas uma ausência.

Foram realizados dois grupos focais, que tiveram a participação da maioria dos residentes de segundo ano (R2) do programa estudado, especificamente 15 dos 16 do universo total; sendo cinco do biênio 2015-2017; dez dos 11 R2 do biênio 2016-2018. Houve apenas a ausência de um residente, por razões não relacionadas à pesquisa.

No período avaliado, foram gravados e analisados quatro áudios de Grupos Balint, de fevereiro a junho de 2017. As anotações destes grupos deram suporte às

análises dos grupos focais. Os áudios foram gravados nos dias 29 de novembro de 2016, 14 de fevereiro de 2017, 14 de março de 2017 e 25 de abril de 2017.

Os grupos focais foram realizados de acordo o princípio de saturação: considerou-se saturação da amostra após a realização de dois grupos focais com os biênios 2015-2017 e 2016-2018, visto que o universo de R2 que existiu durante o período de realização do estudo foi abordado, exceto por uma única ausência. Houve, portanto, participação de 93,75% do total do universo de R2. Esses grupos ocorreram nos dias 10 de fevereiro de 2017, com os residentes do biênio 2015-2017, próximo do término da conclusão de seu curso, datado em 1º de março de 2017. O segundo grupo focal, realizado com os residentes do biênio 2016-2018, ocorreu no dia 26 de abril de 2017. A participação foi voluntária, sob consentimento livre e esclarecido conforme as normas vigentes para pesquisa com seres humanos e com registro no Comitê de Ética em Pesquisa (CEP).

Há de se ressaltar que há uma diferença contextual importante entre os dois grupos. O primeiro, que a partir deste momento chamaremos de Grupo 1, foi avaliado num momento de formação não-idêntico ao segundo grupo, que será designado Grupo 2. Ou melhor, o Grupo 1 foi avaliado ao final do R2, e o Grupo 2, mais próximo do início do R2. Não parece ter havido relevância nesta diferença dos momentos de formação, o que poderá ser percebido na descrição desta seção. A distribuição dos residentes ao longo dos biênios será tema de discussão mais detalhada na seção “Resultados” desta dissertação.

Os Grupos Balint ocorreram com frequência mensal em um espaço de formação teórica previsto pelo Programa de Residência Médica com duração de duas horas, chamado Canal Teórico. A inclusão dos GB como oferta pedagógica regular se deu no início em 2016, sendo paulatinamente reconhecido como elemento indispensável na formação desses profissionais, continuou em 2017 e perdura até a presente data.

Não foi documentada a frequência dos participantes em forma de lista de presença, mas a análise dos registros realizados a partir das gravações dos Grupos Balint mostraram a participação em todos os grupos de mais de 75% do universo de residentes, composto neste caso por R1 e R2, ainda que apenas os R2 tenham sido estudados. A baixa abstenção mostra que a resistência à participação nos grupos não foi elemento importante a ser considerado. A escolha por estudar os R2 é

justamente pela possibilidade de maior tempo de exposição aos GB, que dá mais consistência a suas percepções.

Dar-se-á sequência à análise dos grupos conforme a metodologia de Análise de Conteúdo de Bardin (1977). Também se optou por iniciar a análise na seguinte ordem: (1) panorama geral sobre os grupos focais; (2) apresentação e análise das categorias selecionadas pelo autor – de acordo com o objeto e objetivos da pesquisa; e (3) comparação dos resultados encontrados com a literatura sobre o tema.

4.2.2 Análise dos dados

Os dados coletados foram analisados através da Análise de Conteúdo, definida por Bardin (1977) como um conjunto de técnicas de análise das comunicações que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos na descrição do conteúdo das mensagens. Este método servirá para interpretar a semântica, aqui entendida como o sentido das falas, que interagirão durante o Grupo Focal.

Ainda sobre a Análise de Conteúdo, Campos (2004) faz uma divisão em três fases: (I) fase de pré-exploração do material ou de leituras flutuantes do *corpus* das entrevistas, em que são empreendidas várias leituras sem compromisso de sistematização, mas com o objetivo de apreender de forma geral as ideias globais e seus significados gerais; (II) seleção das unidades de análise, comumente unidades de temas extraídos de frases, parágrafos ou sentenças que dialoguem com os objetivos da pesquisa; (III) processo de categorização e subcategorização, em que são feitas classificações de acordo com predefinições ou a partir da leitura do pesquisador. Podem também ser feitas por freqüenciamento ou ser qualitativa, por repetição dos conteúdos à maioria dos correspondentes, ou por relevância implícita, tema que não se repete, mas que guarda relevância nos aspectos estudados.

Nesta pesquisa, como será descrito na seção dos “Resultados”, a escolha das categorias elencadas em tabela como benefícios do Grupo Balint para a formação se deu pelo freqüenciamento, ou seja, foram identificadas as falas de conteúdo similares e que ecoaram nos diferentes grupos focais. Foram aproveitadas também falas que não tiveram repetição entre os demais participantes, mas que o

autor considerou importante a partir de sua observação como reflexão acerca do uso de Grupos Balint com fins pedagógicos.

Como instrumento de uso do autor para reflexão e compreensão do contexto vivido no período da pesquisa, foram gravados quatro Grupos Balint, e as impressões do autor sobre os grupos foram registradas no formato de diário de campo, como sistematização necessária para o rigor metodológico adequado ao uso da observação participante. Impressões obtidas em diálogos com os outros facilitadores do Grupo Balint relevantes para a pesquisa foram incluídas também em diário de campo.

A fim de contemplar as normas para pesquisas com seres humanos de acordo com a Resolução n. 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde, foram esclarecidos aos participantes os riscos e benefícios da participação na pesquisa, além do caráter opcional de participação. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa e registrada sob o CAAE 62667716.13001.5279.

4.3 Riscos e benefícios

Os riscos potenciais desta pesquisa se referem à preocupação com o sigilo das informações, e o autor garante cumprir as normas e preceitos éticos que garantam a proteção de seus participantes. Outro desconforto possível seria o compartilhamento das informações dos Grupos Balint para fins pedagógicos, tal como para avaliação de aprendizagem dentro do Programa de Ensino. Explicita-se que o pesquisador não usou esses dados com tal finalidade, tampouco compartilhou com outros preceptores suas impressões acerca dos dados obtidos. Essas também são premissas da técnica dos Grupos Balint.

Os benefícios potenciais relacionados à participação nesta pesquisa foram compreender em que aspectos a ferramenta Grupo Balint contribuiu ou não para a formação de médicos residentes, permitindo ao autor elaborar reflexões e propor ajustes na técnica que podem ser úteis para aprimoramento com fins pedagógicos no uso dessa ferramenta no Programa de Residência Médica estudado. Ademais, a própria pesquisa pode desenvolver o interesse dos médicos residentes na participação nos Grupos Balint, que tem seus benefícios descritos na literatura, tais como o aumento da autopercepção, identidade e satisfação profissional, além do aprimoramento da empatia com pacientes e resiliência na prática profissional.

5. A PERCEPÇÃO DOS RESIDENTES DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE SOBRE OS GRUPOS BALINT

De forma geral, cabe destacar que o contexto das duas turmas – 2015-2017 e 2016-2018 – influenciou diretamente nos resultados encontrados, sendo importante aprofundar melhor esses elementos. Primeiro, o Grupo 1 era formado por cinco residentes, enquanto o Grupo 2, por 12. Isso significa que no início da coleta de dados da pesquisa, em outubro de 2016, o Programa de Residência contava com 17 residentes: os cinco R2 do Grupo 1 e mais 12 R1, que após março de 2017 passaram a ser os 12 R2 da amostra do Grupo 2. Em março de 2017, houve entrada de 11 residentes de primeiro ano (R1), além da saída dos cinco residentes do Grupo 1, que se formaram, e a conversão dos 12 residentes, antes R1 e agora R2. Isto modificou, então, o universo de R1 e R2 para 23 residentes no total. Esse aumento de residentes gerou aumento de participantes dos GB e, por consequência, segundo os próprios residentes, maior diversidade de perspectivas e visões nas discussões. Este universo está demonstrado na tabela abaixo:

Tabela 3: Distribuição dos Residentes nos anos 2016 e 2017

	Ano	R1 ¹	R2 ²	Total de Residentes
Grupo 1	2016	12	5	17
Grupo 2 ³	2017	11	12	23

Fonte: o autor, 2017.

O Grupo 1 percebeu o Grupo Balint como ferramenta importante para a formação e foram frequentes as falas com compreensão clara da função e objetivo do grupo. Contudo dois dos cinco membros destacaram que haviam frequentado poucos grupos. Como os GB ocorrem no fim do dia, após os atendimentos, e não são obrigatórios, estes dois residentes tiveram ausências por questões pessoais, como problemas relevantes de saúde, e também por outros motivos pessoais. Não ficou claro se algum desacordo com a metodologia facilitou suas ausências. Sendo assim, ficou claro que a menor participação destes residentes trouxe uma percepção diferente dos GB. O Grupo 1 também teve a oferta dos GB como ferramenta curricular apenas no seu R2, enquanto o Grupo 2 teve desde o início do R1.

No Grupo 2, o problema de baixa frequência dos grupos não ocorreu. Todos estavam familiarizados com a metodologia, e a participação nos GB desde o início de seu R1 foi determinante para os resultados positivos encontrados. A maioria das falas, como será destacado detalhadamente nas seções a seguir, foram positivas, e os GB foram destacados como relevantes na formação profissional e abordagem do paciente. Não foi averiguada em entrevista individual a opinião do único faltoso ao grupo focal.

A pré-seleção das categorias foi feita analisando-se cada fala de cada participante no grupo focal. Repetidas leituras foram feitas até que as ideias centrais fossem extraídas. Na sequência, chegou-se a uma divisão preliminar de categorias que visava analisar: (I) **benefícios**: contribuições dos GB na formação em MFC e no cuidado com os pacientes; (II) **limitações**: possíveis limitações ou prejuízos dos GB em contribuir para formação e cuidado; (III) **pontos negativos e dificuldades** durante a participação dos GB; (IV) **sugestões** para aprimoramento.

5.1 Benefícios

Após análise, encontraram-se os seguintes benefícios, descritos abaixo:

Tabela 4: Benefícios dos grupos Balint

Benefícios dos Grupos Balint
Aprimora a forma de cuidar Permite enxergar outras visões e perspectivas Exercita a empatia Permite falar sobre aspectos subjetivos da prática de forma acolhedora Diminui a sensação de solidão da prática profissional Tem efeito terapêutico para os participantes Ajuda a desenvolver ferramentas para lidar com situações complexas Ajuda a desenvolver estratégias para lidar com pacientes difíceis Permite o aprendizado com o compartilhamento entre os pares Fortalece o grupo e valoriza a potência da coletividade Melhora a aceitação de complexidade, do não-saber, da não-solução e dos limites do cuidar Ajuda a lidar com erro e com a falha Reforça a identidade profissional e com a especialidade

Fonte: o autor, 2017.

Um dos questionamentos principais da pesquisa era: seriam os Grupos Balint responsáveis por alguma modificação substancial na prática de residentes em Medicina de Família e Comunidade? Este foi um dos tópicos mais discutidos pelos

residentes. A maioria afirmou ser difícil quantificar, mas ponderou positivamente os GB como elemento-chave em sua formação, como no seguinte trecho:

Com certeza a gente vai atender os pacientes diferentes da forma que a gente discutiu aqui. Eu não vejo isso em outras residências. Principalmente a gente pensando o Balint na residência, pensando na medicina de família ou nas outras especialidades. Não tem esse foco na relação médico-paciente (outras residências). É uma discussão que afeta muito nossa consulta. É um espaço muito rico, muito potente, muda completamente nossa postura como médicos. Todo Balint muda alguma coisa da nossa trajetória do aprendizado de médico em processo de formação. (MR8, GF2).

Acho que para mim serviu na minha formação no sentido que eu dei valor a questão subjetivo da consulta [...] No processo que o grupo propôs para mim, foi entender um pouco a relação com o paciente, entender a fala do outro junto com outras ferramentas, acho que foi essencial para me formar como médico de família, para me deixar mais tranquilo, para me centrar no paciente, com o domínio da consulta. (MR1, GF1).

Se você nunca treinou aquele olhar, de olhar como um todo e se você começa a fazer isso uma vez por mês, daqui a pouco seu cérebro já está mais treinado a aquilo. Então se torna um pouco mais fácil do que da primeira vez, da segunda...e isso me ajuda muito. (MR14, GF2).

Vários dos residentes avaliaram o fato de terem o Grupo Balint como oferta em outros programas de Residência Médica em MFC ou outras especialidades como extremamente positivo. O argumento é de que os Grupos Balint permitem elaborar questões complexas do cotidiano que ficariam reservados para eventuais conversas informais ou mesmo nem seriam compartilhadas. E o Grupo Balint é o espaço formal, reservado, com técnica própria voltado para este fim. E sobre o GB como ferramenta para o cuidado, dois participantes destacam:

Eu acho que a elaboração, o surgimento dessas questões que não surgem na correria do dia-a-dia, a elaboração dessas questões, podem gerar mudanças na relação médico-paciente. (MR13, GF2).

Por mais que não tenha um certo e um errado e nem conselhos, cada fala que ouvimos fico pensando. “ah, posso fazer assim em determinado dia”, tipo, essa situação eu tava em dúvida de como agir. Uma fala de um acompanhante, um cuidador. Por mais que não seja “eu faria isso, eu faria aquilo”, acho que a gente ouvindo acaba levando pras consultas depois. (MR10, GF2).

O espaço para elaboração de questões complexas, emoções, sentimentos, sejam positivos ou negativos, oriundos da relação médico-paciente, foram frequentemente abordados. E o uso das reflexões no cotidiano também reforça a

ideia de que a prática é positivamente influenciada pelos GB. Um dos participantes destaca que ouve as vozes do GB durante seu cotidiano:

O que eu sei é que tem momentos em que eu me lembro de falas do Balint, às vezes o Balint vem a minha mente [...] Normalmente depois da consulta, pois durante o atendimento são emoções. Fecho a porta e tal pessoa, tal coisa, isso fica na minha cabeça. Acho que às vezes o Balint surge na nossa mente. Não que seja sempre, mas às vezes surge. Normalmente é uma fala que nunca viria de mim. Acho que o Balint tá aí nessas situações, entendeu? (MR15, GF2).

O grupo também tentou analisar se os resultados com mais segurança em lidar com situações complexas, sentimentos conflitantes e pacientes difíceis era decorrente do amadurecimento profissional esperado para um R2 ou se eram os GB indispensáveis neste quesito. Os seguintes trechos abordam este questionamento:

O Balint traz muito mais à tona questões mais difíceis pra gente elaborar. Traz mais à tona aquelas coisas não muito elaboradas. Aí vem outra situação igual, você não elaborou, ela vem de novo. Nisso eu vejo a diferença. “Ah, e se não tivesse o Balint?” Seria isso, a gente não conseguiria elaborar. (MR7, GF2).

A prática do Balint faz com que eu problematize melhor e organize de uma forma diferente. Talvez mais rápido. (MR6, GF2).

Outro enfoque deveras frequente em ambos grupos focais foi a potencialidade do GB para ampliar visões. A possibilidade de serem exploradas as perspectivas de outros personagens de uma história, ou melhor, de outros atores num mesmo caso, foi elencada como positivo por vários residentes:

Vendo as falas das pessoas você consegue expandir um pouquinho aquela situação que você vive, você se toca que tem outras nuances daquela situação... Tem o paciente, tem a família, tem a clínica, tem você, tem o ACS (Agente Comunitário de Saúde), tem a equipe, e eu às vezes fechadinho no meu mundo, então assim você expande a situação que todo mundo passou [...]. (MR11, GF2).

Trazer o contraponto, trazer a visão do paciente, do filho do paciente, dos personagens que compõe essa história é muito importante. Você fala, você pensa: “nossa, aquilo tava tão ali na cara! Eu não tinha pensado nisso antes, né? E isso vai mudar nossa abordagem terapêutica com o paciente. (MR8, GF2).

No Balint, a gente tem várias visões, e não só a nossa. Em algum momento aquela visão vai vir novamente. “Ah, aquela visão daquelas pessoas talvez se encaixe aqui naquele momento”. Você vai ter o olhar do filho, do vizinho, então você acaba ampliando esse olhar. (MR9, GF2).

Outro aspecto que deve ser comentado é sobre o exercício de empatia. Se compreendermos este conceito à luz de Stein (1998) como “vivência da experiência alheia”, as falas acima já demonstram que o GB reforça de fato a empatia, assim como o fazem outras falas dos GF.

Eu acho que aprender a não colocar estereótipos no paciente, é importante. Aprender a não colocar como o paciente como coitado e pegar tudo ao redor como fator ruim ou agressor. Na verdade, não. Foi até um Balint que você (se direciona a um membro do grupo) colocou e a gente lá ficou julgando várias pessoas. Tinham várias pessoas envolvidas naquele processo e cabia a nós desconstruir essa imagem de que tem um agressor e um coitado. E não, tem sempre várias pessoas nesse processo. (MR3, GF1).

Eu acho que como lado positivo foi estimular o desenvolvimento de múltiplas visões da mesma situação. [...] Também o grupo estimular a falar, a enxergar o outro lado. Uma empatia. Mas também pensar na visão do outro sobre a situação, mas também como as outras pessoas envolvidas agiriam ou pensam sobre aquela situação. (MR5, GF1).

Falar dos aspectos subjetivos nem sempre tem o mesmo valor na medicina do que os aspectos objetivos. Discutir um caso sem apresentar, por exemplo, sinais vitais e exame físico, é uma grande modificação dos GB à tradição biomédica. Os residentes destacaram a importância do espaço protegido com este fim, embora tenham reconhecido que foi necessário tempo para perceber isto:

É do momento. Durante o R1, a gente foca muito na parte clínica. Eu sinto isso na forma da relação preceptor-residente, na relação do canal teórico do R2 e do R1. A gente foca no R1 muito então na parte clínica do médico de família, que é diferenciada, porque é uma clínica da atenção primária. Aí no R2, a gente se toca: será que sou Médico de Família e Comunidade? Eu já sei prescrever, as condutas básicas das principais doenças. Porque médico eu já sou. O que falta para eu ser médico de família? Quais são as técnicas? Esse é um momento de eu melhorar nisso, valoriza então esses momentos, comunicação clínica, entrevista clínica... (MR11, GF2).

Acho que o eu mais gosto do Balint é que é um espaço mais formal, mais pensamento do debate mais crítico daquilo que a gente só guarda pro bar. Acho que a gente faz muito Balint de rodinha de bar, sabe? Quando se faz o Balint num ambiente formal da residência, você sai do achismo e leva mais pra técnica, pro conhecimento, pro debate um pouquinho mais técnico, de mais informação. Quando você coloca uma situação, todo mundo já passou por algo igual ou semelhante. (MR11, GF2).

É importante, então, considerar que foi no R2 que os residentes perceberam a importância de se olhar para a subjetividade presente na relação médico-paciente

e valorizar mais ferramentas como o Grupo Balint, muito embora não houvesse indícios de desvalorização desse mesmo grupo quando os mesmos residentes ainda eram R1.

Um benefício interessante do grupo que chamou a atenção foi o fato de os GB diminuírem a solidão presente durante os atendimentos, ou mesmo na prática profissional. Ainda que estejam inseridos num Programa de Residência e numa equipe de Saúde da Família, o que em tese conferiria mais proteção e apoio, é importante refletir sobre este sentimento que foi destacado.

[...] 20h da semana a gente tá atendendo praticamente sozinho e em alguns momentos a gente se sente sozinho com emoções que talvez a gente não consiga trabalhar. Depois que a gente começou a ter o Balint, para mim, eu vi que, não. Eu comecei a lembrar que já tinha passado por uma situação que eu me sentia sozinho, ou que parecia que só eu sentia aquilo e que tinha algum erro, alguma emoção que eu não sabia como lidar, que angustiou e daí eu passei a pensar “vou levar para o Balint, alguém já passou por isso, sabe?” (MR7, GF2).

Muitas das angústias que outros amigos (da época da graduação) têm, eu já tenho uma reflexão, vários olhares, tenho mais segurança. Porque eu vejo que todos meus colegas passam pelas mesmas situações. Individualidade. Talvez seja isso. O Balint traz essas questões. Não se sentir sozinho. Você não está sozinho nos seus gostos e desgostos. Não é só você. (MR9, GF2).

E ainda que o Grupo Balint não tenha como enfoque psicoterapia individual ou de grupo, várias residentes destacaram o efeito terapêutico como um efeito colateral positivo:

Acaba sendo um espaço terapêutico, mesmo não tendo esse objetivo, acaba sendo. Porque ele ajuda a gente a conseguir seguindo em frente, a entender nossa prática. Quando a gente entende, a gente fica mais segura. (MR8, GF2).

Falar de forma dirigida e de certos termos que te incomodam, hoje eu vejo que é muito terapêutico. O grupo Balint me ajudou a ver isso, no momento que a gente para de discutir coisas clínicas do paciente e falar sentimentos que nasceram e foram otimizados ou que foram diminuídos na consulta [...] É a grande função (do Grupo Balint), falar da relação. E usar a fala como terapia (MR1, GF1).

Eu acho que, por mais que a gente aprenda que o Balint não é algo terapêutico, pra mim é algo bastante formativo... De entender o processo que eu estou vivendo como médico, como formado, diante do paciente. Minha relação com o paciente e me identificar com os outros. É terapêutico também. (MR6, GF2).

Além de mudar a forma de cuidar, alguns residentes foram bem específicos em dizer como pode mudar. Debateu-se sobre as situações que se repetem, por exemplo. Cada caso em que o médico tem certa dificuldade em sua relação com o paciente pode lembrar outro caso similar nos participantes do grupo. Além disso, como o grupo expandiu visões e perspectivas sobre a situação, no encontro subsequente os residentes se sentiram mais confortáveis para lidar com a dificuldade. Não somente isso: às vezes se sentiram mais preparados e com ferramentas para agir diferente.

Eu acho que a função do grupo Balint é fazer a gente desenvolver ferramentas para poder olhar para a provocação das outras pessoas, as falas dos participantes do grupo, e fazer com que eles desenvolvam ferramentas para lidar com situações complexas. (MR5, GF1).

Então você consegue enxergar mesmo o que ele falou, ter ferramentas diferentes para lidar com uma situação, ter outras visões diferentes sobre o mesmo assunto. (MR3, GF1).

Quando você amplia esse olhar ele pode ser individualizado depois pra cada paciente que for aparecendo no dia a dia. (MR9, GF2).

O que eu mais levei do Balint foi isso. Todos os casos seguintes eu senti que, pelo menos os um pouco mais tranquilos, eu senti que lembrei "Olha, já teve um caso desse que a gente discutiu e viu de outra forma... (MR7, GF2).

E cada fala traz uma coisa que não tem nada a ver com esse caso, mas que é um outro caso que você conseguiu fazer um link, né? Há a possibilidade de você entender mais coisas dentro dessas discussões que tavam ali emboladas, inconscientes, e você consegue enxergar. (MR8, GF2).

Esses resultados são então atribuídos ao GB como técnica, mas é importante dizer que parte da própria metodologia se deve à forma como o grupo é trabalhado. Dessa maneira, pode-se afirmar que resultados diferentes poderiam ser encontrados se, ao invés de trabalhar com grupos, a metodologia fosse individual, por exemplo. É, portanto, na potência da coletividade, presente em toda a teoria da grupalidade, que o Balint também agrega suas potencialidades.

A facilitação do grupo pelo líder e colíder e seu papel de conduzir o grupo para suas funções é também determinante para a contribuição dos GB na formação dos médicos residentes. O autor deste trabalho, além de pesquisador, também coordenou vários dos grupos, e por experiência é possível destacar que essa

função é um desafio. Por isso há tanto debate sobre a formação e capacitação dos líderes de Grupos Balint. Não é função deste trabalho destacar os aspectos sobre a liderança e facilitação de GB, mas não seria razoável não ressaltar sua importância.

Ainda sobre a potência da coletividade, no caso dos residentes estudados, a longitudinalidade do grupo foi essencial para as contribuições na formação que foram destacadas. É possível relacionar, a partir das falas, o Grupo Balint como uma oferta também para apoiar a construção de identidade dos residentes com seu trabalho, com sua especialidade; da construção da identidade entre seus pares, mostrando que as experiências positivas e negativas no seu aprendizado no cuidar do outro, ou seja, na relação médico-paciente, são compartilhadas. Há um acolhimento das dificuldades da experiência da formação, do que se poderia chamar de itinerário pedagógico.

Para mim contribuiu no sentido de interagir com a troca, a troca com os outros residentes e ver a percepção do outro, assim, acho que contribuiu com uma interação com o grupo, para sedimentar um pouco, é uma divisão de uma situação difícil" [...] E é isso. você se aproxima com o grupo e vê as mudanças com o grupo, vai te colocando de um jeito mais próximo. não necessariamente só de um jeito mais próximo, mas que sintoniza um pouco. [...], não é homogeneizar, mas a gente vai se modelando de um jeito diferente, numa crescente positiva. [...] ficou muito para mim esse efeito coletivo. (MR2, GF1).

Mas o que eu acho mais legal também é compartilhar entre os meus pares que estão passando pelo mesmo processo de formação que eu. Então a gente entrou junto no primeiro ano de residência, ainda engatinhando. Agora, permanecer com o mesmo grupo de residência no segundo de residência, isso fortalece mais em como saber lidar com as emoções, como melhorar a relação médico-paciente, com pessoas que estão no mesmo nível de formação. Acho isso importante. Ver as situações que se repetem. (MR12, GF2).

O erro, a falha e o não-saber raramente são discutidos na formação médica (HANCOCK et al., 2015). Em geral, não há espaço para tal debate, pois não se pode considerar que um médico não admita que não sabe, que erra. É interessante destacar, contudo, que a técnica dos GB estimula as pessoas a exporem também suas fragilidades, já que é um espaço aberto para abordar sentimentos e percepções.

A experiência de ver alguém passando por angústias que você tá passando ali naquele momento te deixa menos inseguro, porque quando se é R1 há tanto a insegurança clínica quanto a insegurança do que você tá entendendo do que é ser médico de família. Os sentimentos que você tem

que ter com o paciente, o vínculo como deve ser criado... Isso gera muita angústia que às vezes você pode ter vergonha de depois de contar pro seu amigo ou de compartilhar o que você tá sentindo, o mal estar com aquele paciente. Às vezes você guarda pra você, achando que aquilo é um erro em você, porque o livro diz que não é pra você ser assim, mas quando você vê que quem tá mais adiante tem angústias como você tá tendo naquele momento, nossa, diminui muito essa insegurança. Mostra que não vai ser agora que você vai resolver isso e que outras angústias vão surgir ao longo do caminho e que isso faz parte. Você não tá realmente sozinho naqueles sentimentos. (MR14, GF2).

É angustiante e se você consegue perceber que várias pessoas passam por isso e se há um espaço que as pessoas possam compartilhar isso, gera uma sensação de bem-estar (MR2, GF1).

Os residentes trabalharam nos grupos focais as fantasias do que representa ser médico de Família e Comunidade como saber muitos temas em diferentes áreas do conhecimento, de criar vínculo com os pacientes, ser empático, defender os interesses do paciente contra as iniquidades do sistema de saúde. E o debate mostra que esta idealização inicial com que muitos se deparam pode ser desgastante.

Acho que tem isso realmente de a gente poder falar aquilo ali, de que eu posso errar. A gente desconstruir um pouco isso dá ideia inicial do que é ser médico de família. A gente entra com uma questão muito idealizada. Do como ser médico, como fazer abordagem centrada na pessoa, de como ver o paciente como um todo. Tá ok. A gente vai fazer isso. Mas isso não é mil maravilhas, isso não fácil. Isso tem sofrimento, isso é difícil. Tem hora que você não vai conseguir fazer. (MR8, GF2).

A ideia de que a prática apresenta limites, que ser realista às vezes é realmente não aplicar tudo do jeito que gostaria, é certamente um aprendizado complexo, ansiogênico e angustiante. Contudo o GB parece ter facilitado a compreensão de que há um limite da prática, do saber, do agir. Que às vezes é importante não aceitar, mas às vezes a aceitação do limite e da complexidade permite lidar com determinada situação de vida de uma pessoa, com a relação com ela e sua família, ou mesmo com o trabalho de médico de Família e Comunidade. Tal como esta residente:

Eu acho que torna o jeito que a gente lida com os casos complexos um jeito menos pesado, mais natural, mas é uma impressão. É difícil quantificar (MR2, GF1).

5.2 Limitações/Prejuízos

Durante a realização do estudo, não foram encontradas limitações ou prejuízos no uso dos GB. Mesmo depois de perguntados, nenhum dos residentes apontou a participação nos GB como prejudicial ou como uma limitação ao seu aprimoramento profissional. Isso não significa que os residentes não tenham sido críticos o suficiente para elencar pontos negativos. Estes serão discutidos na categoria de análise a seguir.

É digno de destaque que mesmo com o auxílio dos áudios dos GB, mesmo nos grupos focais e crescendo-se da experiência do autor de conduzir GB com residentes ao longo dos últimos anos, não foi identificado nenhum prejuízo dos grupos à formação, ao cuidado ou à prática profissional. Mas isso não significa que todos tenham considerado o GB como essencial para modificar sua forma de cuidar. Como destacado anteriormente, dois dos cinco residentes do Grupo 1 participaram menos de três vezes, de 12 oportunidades que tiveram. Pode-se supor, então, que talvez algum desconforto em abordar subjetividade ou com a técnica em si os tenha afastado.

Alguns afastamentos foram sabidamente por férias, estágios optativos, motivos pessoais e adoecimento, mas ainda assim, a baixa frequência traz à reflexão as possíveis razões primárias ou secundárias deste distanciamento. E justamente porque esses residentes não identificaram contribuição direta dos GB à formação, considera-se ainda mais a hipótese de outros estudos de que a participação contínua é determinante para obter modificações na forma de cuidar. Tal consideração é feita ao longo das reflexões da obra clássica de Balint (1988), *O médico, o paciente e sua doença*, de 1957, assim como trabalho de Kjeldmand et al. (2004) em que os desfechos para benefícios com Grupos Balint foi maior após mais de 1,5um ano e meio de prática regular.

Outro aspecto que não surgiu nos grupos focais, mas que mereceria mais estudos, é a satisfação da metodologia dos Grupos Balint entre os alunos. Estima-se que os alunos mais objetivos, de estilo de aprendizagem mais pragmáticos, mais tímidos ou fechados possam não se adaptar, ao menos inicialmente, aos GB, ou mesmo não ter satisfação na participação. Mais estudos seriam necessários para problematizar tais questões, mas esta pode ser uma limitação.

Um ponto muito importante que não ficou claro a partir dos grupos, se é uma limitação, já que houve visões controversas sobre o tema, era a da obrigatoriedade

da participação no GB. O discurso oficial do Programa de Residência Médica estudado durante a pesquisa foi de que a participação era recomendada, mas não obrigatória, como já citado. Não há nenhum *feedback*, punição, advertência ou retaliação por falta aos GB. Ainda assim, na interpretação dos dados, percebe-se que vários alunos entenderam que a participação era obrigatória, talvez por desconhecimento, pelo fato de os GB serem valorizados por coordenadores e preceptores do PRM, ou simplesmente por acreditarem que o fato de ser curricular é o mesmo que obrigatório.

Sobre essas discussões, destaca-se esta fala:

Acredito que tem uma diferença também porque você (a participante aponta para uma residente que publicamente gostava de participar de Grupos Balint) participou de grupos que as pessoas queriam participar e gostavam muito. No nosso a gente participa porque tem que participar. e nem sempre a gente tem afinidade com essa metodologia. (MR3, GF1).

5.3 Pontos negativos e dificuldades

Quando perguntados sobre que aspectos negativos os residentes consideravam dos GB e que dificuldades eles encontravam na participação, houve diversas falas que abordaram a questão do silêncio. Durante qualquer Grupo Balint, o silêncio é comum, uma vez que o caso escolhido a cada dia não é planejado anteriormente e porque algumas falas dependem de intensa concentração e elaboração de cada participante, o que pode ocorrer com pausas curtas ou longas entre as falas. Os líderes dos Grupos Balint, em sua formação, usualmente discutem esse ponto como natural, já que é esperado. Os residentes destacaram:

Eu diria, por exemplo, a questão do silêncio inicial. No começo o silêncio inicial de “temos que apresentar um caso”. Eu diria que é talvez um ponto ruim. Não é tão espontâneo. O grupo tem que ser espontâneo (MR3, GF1).

Mesmo fazendo tanto Balint, o silêncio inicial me incomoda muito. (MR11, GF2).

Durante a roda também. Eu pensei “será que eu trouxe isso certo? falei muito mal o caso, devia ter contado melhor. Esse Balint vai ser uma porcaria.” Lembrei do Jorge (facilitador do grupo): “precisamos aprender a lidar com o silêncio”. (MR8, GF2).

As falas destacam o silêncio como difícil lidar, motivo pelo qual esta categoria foi incluída na seção “pontos negativos e dificuldades”. Na visão dos residentes, é

um ponto negativo, mas lidar com o silêncio é importante para aprender a refletir, para lidar com emoções complexas, para pensar outras perspectivas ou mesmo para esperar que as ideias sejam organizadas. Todas estas características podem ser favoráveis a uma profícua relação médico-paciente. Este mesmo silêncio também ocorre quando se dá uma má notícia a um paciente, quando se fala de perdas, luto ou morte, por exemplo. Portanto, poder-se-ia dizer que, ao invés de negativo, esta pode ser uma oportunidade de trazer o desconforto do silêncio para o aprendizado clínico.

É possível que um residente termine sua residência sem apresentar um caso no GB, uma vez que não é obrigatório. Sobre esta questão, houve discussão sobre o lugar de vulnerabilidade e exposição que a apresentação de caso traz para o residente. Esse medo de exposição afasta os residentes de discutirem casos que consideram difíceis ou elegíveis para o GB.

Tudo o que você falou de se sentir vulnerável. eu nunca trouxe um caso. eu acho que me sentiria muito vulnerável se eu trouxesse um caso. (MR9, GF2).

Eu tenho muita dificuldade de trazer um caso, de pensar qual caso eu traria. Eu tenho tanto caso, tenho dificuldade de pensar um caso para trazer. (MR11, GF2).

Acho angustiante. E é muito comum trazer o caso que acontece na mesma semana ou no mesmo dia. porque durante a semana eu penso às vezes “é caso de Balint”, mas quando chego no Balint, aquele caso antigo nem tá tão angustiante mais. (MR6, GF2).

Fico pensando porque não trouxe no Balint passado a minha paciente difícil? (MR15, GF2).

Dentro do cronograma do PRM em MFC ENSP/UFRJ, o horário destinado aos GB era das 18 às 20h às terças-feiras, uma vez ao mês, previamente definidos. Isso significa que vários residentes se deslocavam para o grupo após seus turnos de atendimento. Alguns escolheram como ponto negativo o horário do fim do dia, devido ao cansaço para uma atividade que exigia bom funcionamento mental e emocional.

Outro ponto ruim é fazer o grupo depois de um dia exaustivo de trabalho. fazendo o grupo depois de um dia de atendimento. a gente chega cansado. a gente rende pouco. (MR4, GF1).

Às vezes a gente teve um dia de atendimento muito desgastante e aí vem pro Balint que pode ser ainda mais desgastante ou até mais, [...] é uma coisa que pesa na gente. (MR15, GF2).

Um ponto negativo para o funcionamento do grupo relacionado ao próprio comportamento dos participantes foi a questão das interrupções. A técnica dos GB é rigorosa em relação aos pedidos para evitar interrupções, saídas da sala, uso de celulares, etc. Em geral, é preferência de vários líderes trancar a sala e não há a entrada de novos participantes depois do início do grupo. Ainda assim, os R2 destacaram que os R1 que participam do grupo há mais tempo ainda não haviam se habituado com o rigor das regras de não-interrupção:

Talvez seja importante rever as regras inicialmente pra respeitar esse espaço e as sensações que a gente tá trazendo. parece que a galera não tava ligada nisso. (MR9, GF2).

5.4 Sugestões

Durante os grupos focais, algumas sugestões surgiram para que a dinâmica fosse aprimorada. A primeira delas ocorreu próximo ao início da coleta de dados, em setembro de 2016. Uma residente sugeriu, e foi apoiada pelo grupo, que antes dos grupos fossem feitas leituras de textos sobre a teoria e obra balintiana. A ideia era sair de um local menos objetivo, menos palpável. Percebeu-se que de fato houve adesão à leitura dos textos, e o conteúdo das discussões foi incorporado aos grupos. A seleção de textos foi feita pelo autor deste trabalho, também líder do grupo, a partir do livro *O médico, o paciente e sua doença*, principal obra de Michael Balint.

Sobre a sugestão, houve a seguinte defesa:

Uma coisa que eu sou chata, que eu sempre repito: trazer texto, objetivar. A leitura que a gente fez antes do último Balint enriqueceu muito, muito mesmo (MR13, GF2).

Outro tema que teve eco durante os grupos focais foi a participação de outros profissionais, médicos ou não, mais experientes. Os residentes se consideraram menos experientes para contribuir com determinadas reflexões e consideraram que depois de um tempo que podem gerar falas repetidas ou previsíveis.

Acho que tem a parte boa de estarmos no mesmo processo, de terem pessoas com as mesmas angústias, só que às eu penso que se fosse um Balint com pessoas diferentes em outro nível de formação, talvez isso fosse trazer coisas mais ricas. Sinto que às vezes a gente fica do nada muito focado no médico, no médico, no médico, e aí a gente traz as mesmas situações e falas repetidas. Acho que a gente se contempla, se abraça nesse sentido, mas talvez se tivessem falas de pessoas em diferentes fases... (MR13, GF2).

Seria importante que não fossem apenas o líder e colíder os mais experientes do grupo, pra dar mais a cara do grupo. Porque acontecem umas coisas com os residentes tipo mudar o tema do grupo, tornando o espaço apenas de desabafo, mudando o foco. O grupo experiente, elementos mais experientes dão um volume maior ao grupo. Colocar mais dois ou três convidados com uma carga, mostrar logo como é a maioria das vezes a discussão dos casos. (MR2, GF1).

6. GRUPOS BALINT EM PROGRAMAS DE ENSINO: REFLEXÕES FINAIS

6.1 Preceptor, professor ou facilitador?

Durante o desenvolvimento desta pesquisa, mas também a partir da experiência dos últimos três anos realizando GB no ambiente da Residência, uma questão continuamente surgia antes e depois dos grupos: “Qual o meu papel neste espaço?”. Ser facilitador de GB é permitir uma atmosfera propícia para que o grupo discuta o caso, além de auxiliar o apresentador a refletir sobre o caso que apresentou. No entanto, ser facilitador de Grupos Balint e também preceptor e professor do Programa de Residência Médica traz algumas questões.

O espaço do Grupo Balint deve atender a determinadas metas educacionais, objetivos de aprendizagem ou elementos de competências curriculares? Observou-se durante os grupos que para um preceptor ou professor é muito difícil desligar-se de suas funções de ensino. O facilitador dos GB não tem a função de transmitir conhecimento, tampouco de facilitar o aprendizado específico de algum conteúdo. Ele permite que haja uma atmosfera de confiança e dedicação ao caso e protege o apresentador de exposições. A discussão sobre a facilitação é complexa, tema de artigos, cursos e antiga na teoria balintiana. E ainda que não seja objeto de estudo neste trabalho, a questão da confusão entre preceptor/professor e facilitador é importante.

O que fazer, por exemplo, se um aluno toma uma atitude equivocada em relação à conduta, ou se o preceptor identifica algo que um residente seu fez diferente do que este preceptor acredita ser a conduta adequada? Durante a realização da pesquisa, deparamo-nos com situações que talvez demandassem uma reflexão específica, que talvez pudessem se desdobrar em leituras, espaços de discussão e *feedbacks*. Mas a opção foi não fazê-los, pois o caráter dos GB é de respeito ao tempo do grupo. Certamente, essa defesa do que são os objetivos dos GB sofre influência de acúmulo pessoal do autor com o uso da metodologia, seja por experiência prática, seja por aprendizados em treinamentos para facilitadores em GB com pessoas mais tempo de uso da técnica. E por isso, esses são debates com múltiplas visões.

Uma vez que os participantes são residentes e no contexto descrito de simultaneidade como preceptor e facilitador, as relações, com afetos e tensões, vividas em espaços variados, podem exercer alguma influência no desenvolvimento do grupo. Pode ser importante para o facilitador estar ciente dessas questões, mas não é função do GB mediar estes conflitos; tampouco o facilitador traz suas impressões para o grupo, já que a ideia central é fortalecer a discussão de caso, e não a dinâmica e funcionamento do grupo.

O espaço dos GB usa associações livres e precisa de muita entrega do grupo para que o caso seja trabalhado de forma a ser útil a todos, sobretudo para o apresentador. Por isso, questões educacionais específicas que precisam ser trabalhadas, na opinião deste autor, não devem sê-lo nos grupos. Durante a pesquisa, foi necessário construir uma postura de facilitador para os residentes, a fim de demonstrar que não havia a intenção de avaliá-los. Talvez não seja possível, para os alunos, desconstruir integralmente a ideia de que há um preceptor/professor na facilitação, mas se as falas dos participantes são usadas para *feedbacks* imediatos ou posteriores, pode haver maior dificuldade para o uso das associações livres, pois os residentes podem preferir filtrar suas falas para que não errem ou se exponham diante de seus avaliadores. Sendo assim, a partir da experiência com a pesquisa, parece importante que um preceptor/professor que também é facilitador não assuma a postura de avaliador do grupo.

6.2 Oferta teórica: complementar ou indispensável?

A fala de uma participante do GF que representava a opinião de alguns residentes dizia respeito à oferta teórica. Alguns residentes achavam que precisam estudar mais sobre a teoria balintiana para ter mais recursos para lidar com as situações. Segue-se a fala, já citada neste trabalho:

Uma coisa que eu sou chata, que eu sempre repito: trazer texto, objetivar. a leitura que a gente fez antes do último Balint enriqueceu muito, muito mesmo. (MR13, GF2).

Desta maneira, ao longo da pesquisa foram feitas ofertas teóricas aos residentes visando atender a esta demanda, através da proposta de leitura dos capítulos do livro *O médico, o paciente e sua doença* (BALINT, 1988). Os capítulos

foram selecionados previamente pelo facilitador e enviados para leitura. Antes do início dos GB, havia uma discussão aberta de duração de vinte minutos, de livre reflexão acerca do texto. A título de exemplificação, houve identidade e calorosa discussão após a leitura do capítulo “Quando aconselhar”, que aborda situações em que o médico deu conselhos a seus pacientes e quais foram as implicações no desfecho do caso.

Não havia, na proposta inicial dos GB com residentes no PRM pesquisado, a oferta teórica. Esta foi incorporada respeitando-se o desejo dos residentes, buscando aumentar o interesse pelos grupos, já que surgiu num momento de dúvida sobre a utilidade da metodologia meses antes da pesquisa, resultado das oscilações de opinião do grupo com a oferta dos GB.

O artigo “*Mutiny on Balint*” (“Motim ao Balint”, em tradução livre), das autoras Smith & Anadarajah (2007), discute uma experiência em que foi necessário adaptar a metodologia do GB para garantir o interesse dos residentes. Isto pode ser um recurso em alguns casos, muito embora o sentido de participação dos GB percebido nesta pesquisa tenha ocorrido com a insistência no uso da metodologia, e não necessariamente após as primeiras sessões de GB. Artigo de Kjeldmand et al. (2004) mostrou que as modificações mais consistentes com o uso de GB ocorreram após pelo menos 18 meses de regularidade no uso dos GB, já citado aqui.

Pode-se dizer que, na experiência deste autor com a pesquisa, a oferta teórica foi um recurso, para esse grupo de residentes, que pode ou não se aplicar a outros grupos, e que talvez seja um recurso também do facilitador para aumentar o interesse dos residentes nos GB e na teoria balintiana. A leitura da teoria balintiana traz questionamentos bem relevantes da prática dos médicos de Família e Comunidade, sobretudo na relação médico-paciente, assim como na relação com outros profissionais da equipe de saúde.

Em sua proposição das discussões de caso, seminários ou Grupos Balint, Michael Balint priorizava mais a reflexão coletiva baseada em associações livres do que no ensino de teorias e conceitos. Já foi também discutida neste texto a visão de Enid Balint acerca da necessidade de uma teoria: “se temos uma teoria, somos limitados pela teoria; se não temos teoria, é difícil observar” (BALINT; NORELL, 1978, p. 20). E esse dilema pode também auxiliar o debate acerca da oferta teórica a residentes. Ademais, GB em PRM não são as únicas ferramentas educacionais, e

o uso de recursos combinados parece garantir maior abrangência para a aquisição de competências específicas.

6.3 Grupos Balint em espaços de ensino: curricular ou voluntário? Opcional ou obrigatório? Recomendável ou indispensável?

Uma questão que tangenciou a pesquisa foi: os Grupos Balint devem ser obrigatórios a todos os residentes? Neste estudo, a ampla maioria dos residentes avaliou o recurso como positivo em sua formação, mas sabe-se que existem residentes que não se sentem confortáveis com o silêncio, a ausência de teoria explícita ou tradicional durante a realização dos grupos, com o caráter subjetivo das discussões e com a própria exposição que pode ser a apresentação de caso ou a fala durante o grupo. Os mais pragmáticos, por exemplo, podem não ver sentido na participação de Grupos Balint.

Durante esta pesquisa, alguns residentes questionaram o caráter obrigatório dos Grupos Balint, ainda que estes nunca tenham sido obrigatórios pelo currículo da Residência, ou mesmo sem haver uma cobrança da Coordenação do PRM de sua presença nos grupos. Ademais, residentes mais afeitos à metodologia participaram de Grupos Balint fora do PRM, com participação voluntária, aberta à comunidade e que ocorrem aos sábados na casa de um dos participantes do referido grupo. Houve comparação em relação à profundidade dos grupos pelos próprios residentes, o que aumentou o debate sobre a influência da obrigatoriedade ou não dos GB.

Na visão deste autor, esta é uma questão importante. Se por um lado a obrigatoriedade parece ter efeito negativo para que os residentes se expressem de maneira criativa e espontânea, por outro é importante que haja regularidade e apoio institucional; caso contrário, o próprio PRM pode diminuir a importância dos GB como recurso e diminuir, conseqüentemente, o interesse dos residentes. Na experiência desta pesquisa, a inclusão dos GB como curricular e o apoio de diversos membros do corpo docente e dos próprios residentes à realização dos GB aumentou a curiosidade sobre os efeitos dos grupos na prática profissional e pode ter aumentado a adesão. Ou seja, a percepção dos pares acerca da importância do grupo é importante para que a metodologia seja valorizada e ocorra de forma regular, elementos que parecem importantes na obtenção de resultados positivos para fins educacionais e profissionais.

Nesta pesquisa, o grupo parece ter praticado a autorregulação, ou seja, os próprios residentes parecem ter estimulado aqueles mais resistentes, garantindo um quórum satisfatório para cada grupo de pelo menos 75% do conjunto de residentes do PRMMFC. Não houve cobrança de presença da participação dos residentes nos GB e tampouco houve cobranças por falas ou apresentação de caso.

A riqueza de subjetividade das discussões e o crescimento do grupo ao longo do tempo reforçam uma visão do autor já presente desde o início da pesquisa: os GB parecem trazer debates sobre a subjetividade da relação médico-paciente, além de questionar os limites da biomedicina, dos porquês das intervenções ou não-intervenções, da influência das crenças pessoais na forma de cuidar, na necessidade de compreender e empatizar com os outros, sejam pacientes ou membros da equipe, e também para lidar com temas complexos, como o não-saber e o erro.

6.4 Grupos Balint em Programas de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade: perspectivas

A motivação inicial nesta pesquisa foi a impressão de que os GB pareciam muito úteis para a formação de residentes em MFC. Ao longo da pesquisa, o itinerário investigativo buscou observar rigorosamente o que acontecia nos grupos, mas sobretudo o que os residentes percebiam da relação dos GB com sua formação. O resultado foi positivo e resultou na categorização de 13 itens, muito similares aos das 19 competências previstas segundo a ACGME,³ entidade americana de acreditação para graduação em Medicina.

Tem sido constante o questionamento se os Grupos Balint são desejáveis a Programas de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade. Este estudo certamente não teve a pretensão de plenamente responder a esta pergunta, mas de fazê-la, de provocá-la, como necessária à tomada de posição sobre a qualidade da formação de médicos de Família e Comunidade que se quer ofertar. No entanto, diante da percepção da importância que o residente parece atribuir à realização dos Grupos Balint como um parâmetro formador, especialmente na temática sobre a relação médico-paciente, podemos inferir sua importância como

³ Ver tabela 3.

prática reflexiva, para uma medicina que ainda insiste em secundarizar a subjetividade como valor. Disso deriva, no presente estudo, a relevância de se questionar a forte presença da Biomedicina como paradigma de construção de um pensamento que imprime um agir na medicina ocidental. Sua centralidade na doença e no âmbito biológico, a despeito de um pretenso discurso ampliado que valoriza a subjetividade e o social, inclui no mínimo uma disposição dialética sobre o processo ensino-aprendizagem da relação médico-paciente.

Desta forma, o Grupo Balint, como uma ferramenta de sensibilização para escolhas sobre a utilização de tecnologias relacionais no escopo da comunicação clínica, evoca valores para a centralidade da subjetividade na prática do médico de Família e Comunidade. Quais seriam os limites da associação entre a realização de Grupos Balint, valorizando a subjetividade, e o paradigma da Biomedicina secundarizando esta mesma subjetividade?

Novos estudos abrem novas perspectivas e já que, no Brasil, a produção científica acerca do tema sobre Grupos Balint em Residências de Medicina de Família e Comunidade ainda é incipiente, esperamos que a mobilização de ferramentas que valorizem o vínculo, a relação médico-paciente e um cuidado comprometido com a singularidade do outro seja um ativador de processos de mudanças para a formação em saúde.

7. REFERÊNCIAS

AMERICAN BALINT SOCIETY. **Balint group process**: Introduction to Balint Work, EUA, 2014.

AMERICAN BALINT SOCIETY. **Competencies taught by Balint Work**. American Balint Society [s.d.]. Disponível em: <http://www.americanbalintsociety.org/content.aspx?page_id=22&club_id=445043&module_id=125267>. Acesso em: 23 jul. 2016.

ANTONIO CARLOS, G. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

ATKINSON, D.; ROSENSTOCK, J. A role for balint groups in medical training-student training. **Annals of Behavioral Science and Medical Education**, v. 21, n. 1, p. 38-43, 2015.

AYRES, J. R. C. M. **Cuidado**: trabalho e interação nas práticas de saúde. 1º. ed. Rio de Janeiro: CEPESC; UERJ/IMS; ABRASCO, 2011.

BALINT, E.; NORELL, J. S. **Seis minutos para o paciente**. São Paulo: Editora Manole, 1978.

BALINT, M. Pesquisa em psicoterapia. In: **Seis minutos para o paciente**. BALINT, E. NORELL, J. S. São Paulo: Editora Manole, 1978.

BALINT, M. **A falha básica**: aspectos terapêuticos da regressão. São Paulo: Zagodoni, 2014.

BALINT, M. **O médico, seu paciente e a doença**. Rio de Janeiro: Atheneu, 1988.

BALINT, M. **Psicanálise e prática médica**. In: MISSENARD, A. **A experiência Balint**: história e atualidade. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1994.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. ed. Lisboa: 1977.

BENBASSAT, J.; BAUMAL, R. Enhancing self-awareness in medical students: an overview of teaching approaches. **Academic Medicine**, v. 80, n. 2, p. 156-161, fev. 2005.

BENSON, J.; MAGRAITH, K. Compassion fatigue and burnout: the role of Balint groups. **Australian Family Physician**, v. 34, n. 6, p. 497-498, 2005.

BRANCO, R. F. G. Y R. Reflexões sobre o processo ensino-aprendizagem da relação médico-paciente. **Revista Bioética**, v. 20, n. 2, p. 244-54, 2012.

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

CAMARGO JR, K. Biomedicina. In: LUZ, M. T.; BARROS, N. F. DE (EDS.). **Racionalidades médicas e práticas integrativas em saúde: estudos teóricos e empíricos**. 1a ed ed. Rio de Janeiro: CEPESC/IMS-UERJ/ABRASCO, 2012.

CAMPOS, C. Método de análise de conteúdo: ferramenta para a análise de dados qualitativos no campo da saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 57, p. 611-4, 2004.

CASTRO, T. F.; MORAES, P. N.; IGUTI, A. M. Grupos Balint-Paideia: uma proposta de ferramenta pedagógica para a supervisão prática do “Programa Mais Médicos”. **Tempus Actas de Saúde Colet**, v. 9, n. 4, p. 137-149, 2015.

CUNHA, G. T. **A construção da Clínica Ampliada na Atenção Básica**. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

CUNHA, G. T. **Grupos Balint Paideia**: uma contribuição para a cogestão e a clínica ampliada na Atenção Básica. Campinas: Unicamp, 2009.

DIAZ, V. A. *et al.* Balint groups in family medicine residency programs: a follow-up study from 1990--2010. **Family Medicine**, v. 47, n. 5, p. 367–372, maio 2015.

FERNANDES, C. **Biografia**, [s.d.]. Disponível em: <<http://www.dec.ufcg.edu.br/biografias/SandFere.html>>. Acesso em: 7 out. 2017.

FERNANDES, F. M. B.; MOREIRA, M. R. Considerações metodológicas sobre as possibilidades de aplicação da técnica de observação participante na Saúde Coletiva. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 23, n. 2, p. 511-529, jun. 2013.

GELLY, R. Aspectos teóricos do Movimento Balint. In: MISSENARD, A. **A experiência Balint: história e atualidade**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1994.

GHETTI, C.; CHANG, J.; GOSMAN, G. Burnout, psychological skills and empathy: balint training in obstetrics and gynecology residents. **Journal of Graduate Medical Education**, p. 231-235, Dec 2009.

HANCOCK, J. *et al.* Medical student and junior doctors' tolerance of ambiguity: development of a new scale. **Advances in Health Sciences Education**, v. 20, n. 1, p. 113-130, mar. 2015.

IZECKSOHN, M. M. V. *et al.* Preceptoria em Medicina de Família e Comunidade: desafios e realizações em uma Atenção Primária à Saúde em construção. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 3, p. 737-746, mar. 2017.

KJELDMAND, D.; HOLMSTRÖM, I.; ROSENQVIST, U. Balint training makes GPs thrive better in their job. **Patient Education and Counseling**, v. 55, n. 2, p. 230-235, nov. 2004.

LAKASING, E. Michael Balint: an outstanding medical life. **The British Journal of General Practice**, v. 55, n. 518, p. 724-725, 2005.

MELLO-FILHO, J. de; BURD, M. **Psicossomática hoje**. Porto Alegre: Artmed, 2000.

MERHY, E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. São Paulo (SP): Hucitec, 2005.

MINAYO, M. C. de S. et al. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis: Vozes, 2002.

MISSENARD, A. **A experiência Balint: história e atualidade**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1994.

MORGAN, D. **Focus groups as qualitative research**. 2. ed. London: Sage Publications, 1997. v. 16.

NEASE, D. Mutiny on the Balint? A reflection on the relevance of Balint, 50 years hence. **Fam Med.**, v. 39, n. 7, p. 510-1, 2007.

PÊCHEUX, M. **O discurso: estrutura ou acontecimento**. Campinas: Ponte, 1990.

QUEIROZ, D. et al. Observação participante na pesquisa qualitativa: conceitos e aplicações na área da saúde. **Rev Enferm UERJ**, v. 15, n. 2, p. 276-83, 2007.

RIOS, I. **Subjetividade Contemporânea na Educação Médica - A formação humanística em Medicina**. São Paulo: USP, 2010.

SALINSKY, J. **Balint groups and Balint Method**. Disponível em: <<https://balint.co.uk/about/the-balint-method/>>. Acesso em: 4 jan. 2017.

SAVIAN FILHO, J. **Empatia, Edmund Husserl e Edith Stein: apresentações didáticas**. São Paulo: Edições Loyola, 2014.

SAYD, J. D. **Mediar, medicar, remediar: aspectos da terapêutica na medicina ocidental**. Rio de Janeiro: EdUERJ, Ed. da Univ. do Estado do Rio de Janeiro, 1998.

SCHWARTZ, M.; SCHWARTZ, C. G. Problems in participant observation. **Amer J Sociol**, n. 60, p. 343-54, 1955.

SCHRAIBER L. B. **Racionalidade biomédica e transformações históricas da prática médica ao longo do século XX: breves apontamentos para a reflexão crítica** In: PINHEIRO R, SILVA JUNIOR AG, organizadores. Projeto Integralidade em Saúde - 10 anos: por uma sociedade cuidadora. 1a. ed. Rio de Janeiro - RJ: Cepesc - IMS - UERJ - Abrasco, 2010, v.1, p. 115-128.

SCHRAIBER, L. B. **O médico e suas interações: a crise dos vínculos de confiança**. São Paulo: Aderaldo & Rothschild : Editora Hucitec, 2008.

SMITH, M.; ANADARAJAH, G. Mutiny on Balint: balancing resident development needs with the Balint process. **Residency Education**, v. 39, n. 7, p. 495-497, 2007.

SORANZ, D.; PINTO, L. F.; PENNA, G. O. Eixos e a Reforma dos Cuidados em Atenção Primária em Saúde (RCAPS) na cidade do Rio de Janeiro, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 5, p. 1327-1338, maio 2016.

SUCKLING, H. **Balint in a nutshell**, 2006. Disponível em: http://www.balintinternational.com/downloads/Balint_in_a_Nutshell.pdf . Acesso em: 12 jun 2016.

THIOLLENT, M. **Metodologia da pesquisa-ação**. São Paulo: Cortez, 1986.

TORPPA, M. A qualitative analysis of student Balint groups in medical education: contexts and triggers of case presentations and discussion themes. **Patient Education & Counseling**, v. 72, n. 1, p. 5-11, 2008.

VAN ROY, K.; VANHEULE, S.; INSLEGERS, R. Research on Balint Groups: A literature review. **Patient Education & Counseling**, v. 98, n. 6, p. 685-694, jun. 2015.

8. Apêndices

8.1 Apêndice 1 – Roteiro do Grupo Focal

1. Apresentação da pesquisa
2. Apresentação dos participantes
3. Sobre os Grupos Balint, discutam:
 - A. O que é para vocês a função dos Grupos Balint?
 - B. Que aspectos positivos os Grupos Balint trouxeram a sua formação em Medicina de Família e Comunidade? Por quê?
 - C. Os grupos Balint contribuíram para compreensão do paciente como pessoa?
 - D. Os grupos Balint foram úteis para como uma forma de apoio na sua formação?
 - E. E foram úteis para contribuir para compreensão de seu papel profissional?
 - F. Houve alguma mudança na compreensão da influência da postura do médico no adoecimento de seus pacientes?
 - G. Houve alguma mudança na compreensão do quanto a personalidade do paciente pode influenciar seu adoecimento?
 - H. Os grupos Balint foram úteis para prover estratégias de manejo para paciente com adoecimentos em que os aspectos psicológicos eram relevantes?
 - I. Que aspectos negativos os Grupos Balint trouxeram à sua formação em Medicina de Família e Comunidade? Por quê?
 - J. Estabeleça relações entre sua participação nos Grupos Balint com sua forma de cuidar e se relacionar com os pacientes e suas famílias.
4. Há alguma outra questão que vocês queiram falar?

8.2 Apêndice 2 – Termo de Consentimento livre e esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Resolução nº 466/2012 – Conselho Nacional de Saúde

Você está sendo convidado(a) para participar como voluntário(a) da pesquisa intitulada: **“Contribuições dos Grupos Balint na Formação de Residentes em Medicina de Família e Comunidade”**, que tem como objetivos: analisar as percepções dos residentes em MFC do Programa de Residência Médica ENSP/UFRJ sobre as potencialidades e limitações dos Grupos Balint como ferramenta para o cuidado e formação profissional na prática médica e relacionar estes resultados com a literatura internacional.

Este Termo de Consentimento Livre Esclarecido serve para garantir que você recebeu todas as informações necessárias para aceitar participar desta pesquisa. Você deve pedir quaisquer esclarecimentos ao pesquisador sempre que julgar necessário.

A pesquisa terá duração de seis meses, com o término previsto para agosto do ano de 2017.

Sua participação não é obrigatória e consistirá em: participação de 01 (um) grupo focal, conduzidas pelo pesquisador em data a combinar; na gravação dos Grupos Balint já previstos no currículo do Programa de Residência Médica, no período de março a setembro. A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento, comunicando ao pesquisador responsável. Sua recusa, desistência ou suspensão do seu consentimento não acarretará em prejuízo.

Você não terá custos ou quaisquer compensações financeiras.

Os riscos potenciais desta pesquisa estão referidos à preocupação com o sigilo das informações, que o autor garante cumprir as normas e preceitos éticos que garantam a proteção de seus participantes. Outro desconforto possível seria quanto ao compartilhamento das informações dos Grupos Balint para fins pedagógicos, tal como avaliação. Explicita-se que o pesquisador não usará estes dados com esta finalidade, nem tampouco compartilhará com outros preceptores suas impressões

acerca dos dados obtidos. Estas também são premissas já da técnica dos Grupos Balint.

Os benefícios potenciais relacionados à participação nesta pesquisa são compreender em que aspectos a ferramenta Grupo Balint contribui ou não para a formação de médicos residentes, permitindo que o autor possa elaborar reflexões e propor ajustes na técnica que possam ser úteis para aprimoramento com fins pedagógicos no uso dessa ferramenta dentro do Programa de Residência Médica em MFC ENSP/UFRJ. Ademais, a própria pesquisa pode desenvolver o interesse dos médicos residentes na participação nos Grupos Balint, que tem seus benefícios descritos na literatura, tais como aumento da autopercepção, identidade e satisfação profissional, além do aprimoramento da empatia com pacientes e resiliência na prática profissional.

Os dados coletados serão utilizados apenas nesta pesquisa, e os resultados divulgados em eventos e/ou revistas científicas. Suas respostas serão tratadas de forma anônima e confidencial, isto é, através de códigos e em nenhum momento será divulgado o seu nome em qualquer fase do estudo. O material coletado será guardado por cinco (05) anos e incinerado ou deletado após esse período.

Você receberá uma via deste Termo, onde constam os contatos do CEP e do pesquisador responsável, podendo eliminar suas dúvidas sobre a sua participação agora ou a qualquer momento. Caso concorde em participar desta pesquisa, assine ao final deste documento, que possui duas vias, sendo uma sua e a outra do pesquisador responsável.

Jorge Esteves Teixeira Junior
Pesquisador responsável
E-mail: Jorge.estevest@gmail.com Cel: 21 981446733

CEP-EEAN/HESFA/UFRJ – Tel: 21-2293-8148 – Ramal 228 – E-mail:

cepeeanhesfa@gmail.com

Endereço: Rua Afonso Cavalcante, 275- Cidade Nova. Rio de Janeiro-RJ

Declaro estar ciente do inteiro teor deste Termo de Consentimento e concordo voluntariamente em participar do estudo proposto, sabendo que poderei

desistir a qualquer momento, sem penalidades, prejuízos ou perda de qualquer benefício. Recebi uma via assinada deste documento.

Rio de Janeiro, ____ de _____ de 20____.

Nome legível do (a) participante: _____

Assinatura do (a) participante: _____