

Relação médico-doente: sua complexidade e papel dos grupos Balint

JORGE BRANDÃO*

RESUMO

O modo como a relação médico-doente tem sido apreciada ao longo do último século, alternando entre valorizações positivas, negativas ou indiferentes, constitui uma inevitável consequência dos desenvolvimentos científicos e técnicos colocados ao serviço da Medicina. Aos momentos em que o predomínio da técnica tem ofuscado a pessoa do médico, têm sucedido outros, em que se revela a sua importância e imprescindibilidade.

Neste processo interactivo e recorrente, próprio da confrontação entre sistemas diversos mas que se conjugam para uma mesma finalidade, actualmente a importância da relação médico-doente tem vindo a ser realçada como uma ferramenta fundamental, que obedece a princípios e métodos que estão para além da simples presença de um médico e de um paciente deixados ao sabor de papéis sujeitos a guões preconcebidamente estabelecidos. Assim, é agora encarada como uma tecnologia em constante renovação, de modo a ajudar o médico a funcionar nas melhores condições, com o máximo de eficácia e o mínimo de acidentes.

Ao integrar elementos tecnológicos fortes e impositivos, mas também necessidades de relacionamento humano insubstituíveis, a relação médico-doente ganhou em complexidade e em exigência. Partindo de uma visão sistémica da realidade e do conceito de sistema complexo adaptativo, procuraremos evidenciar como os grupos Balint, enquanto instrumento de treino e aperfeiçoamento da relação médico-doente, têm dialogado com os novos contextos sociais e de prestação de cuidados de saúde, mantendo e progredindo na sua capacidade para suportar a actividade relacional dos médicos de Medicina Geral e Familiar.

Palavras-chave: Relação Médico-Doente; Medicina Geral e Familiar; Teoria Geral dos Sistemas; Complexidade; Sistema Complexo Adaptativo; Grupos Balint; Mudança.

to, ou interacção, tem possibilidades de decorrer.

Citando Dorte Kjieldmand, clínica geral sueca, a partir do seu recente trabalho de doutoramento:¹

Há já cerca de 50 anos que Szasz e Hollender (1956) descreveram três modelos básicos de relação médico-doente:

- O modelo da **Actividade-Passividade**, em que um médico activo faz alguma coisa por um doente passivo, à semelhança do que acontece com a relação adulto criança;
- O modelo do **Guia-Cooperante**, ainda com uma clara relação de actividade versus passividade, em que o doente vai obedecendo de modo discreto à sabedoria do médico, que mantém ainda um poder do tipo adulto criança;
- O modelo de **Participação Mútua**, com duas pessoas crescidas e adultas, a encontrarem-se para empreenderem um processo de partilha donde resultará uma maior capacidade do doente para se ajudar a si próprio.

O tipo de relação que se nos apresenta mais certo e com o qual poderão ser obtidos melhores resultados quanto a cuidados de saúde parece-nos ser o que privilegie o doente como o centro das atenções, com capacidades, cultura e recursos próprios que importa ter em conta, numa perspectiva global de actuação e não apenas baseando-nos na intervenção sobre os sintomas ou a doença.

Como refere Glyn Elwyn,² a consul-

ENTRE MÉDICOS E DOENTES, QUE MODOS DE RELAÇÃO?

A relação médico-doente é uma entidade imaterial viva e complexa, em que a análise e avaliação dos dois intervenientes não chega para compreender os resultados obtidos durante uma consulta. No entanto, os termos em que essa relação se irá desenvolver, não pode deixar de depender dos dois elementos envolvidos, descrevendo-se desde há vários anos alguns dos tipos mais paradigmáticos em que o relacionamen-

*Médico de Família

ta médica deixou de ser um facto aceite e quase invisível da actividade profissional do médico, para se transformar num processo para o qual se apresentaram novos modelos de prática, debatendo-se sobre as respectivas qualidades e defeitos. Uma das notáveis transformações das últimas décadas tem sido o abandono de atitudes paternalistas, a favor de uma cada vez maior centralidade da autonomia individual do doente.

De acordo com uma visão sistémica da realidade, vamos considerar que em cada momento de consulta, e mesmo para além dela, fica estabelecido um sistema³ aberto, com interacção de múltiplos elementos provenientes do médico, do doente, do sistema de saúde e dos contextos social, cultural, científico, técnico e organizacional em que se inserem. Ainda no pensamento de Glyn Elwyn, actualmente há inúmeras vozes a fazerem-se ouvir no território do que é apelidado de *consulta pós-moderna*. Enumerando-as, são referidas as vozes do doente e seus familiares, do médico, da rede social de apoio ao médico, do sistema de educação médica contínua, das orientações provenientes da medicina baseada na evidência, das organizações de consumidores, da indústria farmacêutica, dos grupos de doentes, da *Internet*, dos media, dos anúncios dirigidos aos consumidores, da indústria ligada às novas tecnologias médicas de diagnóstico e terapêutica...

Nesta perspectiva, a relação médico-doente pode ser pensada como um sistema complexo adaptativo (SCA),⁴ dada a sua potencial plasticidade para responder do modo mais apropriado à actual complexidade de que se reveste a tentativa de resolução dos múltiplos e variados problemas que se vão apresentando, desde a solução imediata de situações clínicas de urgência até à investigação e tratamento de casos clínicos mais complexos. No âmbito dos cuidados de saúde primários, tudo o que

chega à consulta está imbuído de estreitas relações entre elementos biológicos, sociais e psicológicos, onde poderemos particularizar os emocionais.

Regressando ao conceito de sistema complexo adaptativo, será fácil visualizarmos, na relação dos doentes com o sistema de saúde, a inter-conexão e relação de dependência entre variados elementos direccionados para uma finalidade, que será a melhoria, conservação ou promoção do estado de saúde. A diversidade dos elementos em presença, tanto do lado do médico como do paciente e do sistema de saúde, marcará a complexidade do encontro e da interacção entre sistemas. Desse processo emergirão respostas que poderão obrigar a mudança e a aprendizagem experimental. O sistema complexo que é a relação médico-doente obrigar-se-á a novas qualidades, mais bem adequadas às novas necessidades.⁵

Num banal dia de consultas, numa região litoral do País, a médica depara-se com uma situação que foge à rotina. Uma mãe que acompanha uma filha de seis anos para a consulta de saúde escolar, dialogando sobre diversas questões, termina a incitar a criança...

... Então não querias contar uma coisa à Sra. Dra?

A coisa, a custo contada pela menina, foi...

... o (um familiar muito próximo), quando está sozinho comigo... (faz e pede para fazer isto e aquilo...)⁶

Tratando-se de um problema de abuso sexual, foi pensada a exigência de acção em várias frentes, desde a familiar e legal, até à salvaguarda social, psicológica e emocional da criança. As emoções do médico também determinaram o modo como enfrentou o caso e lidou com os intervenientes:

- Como avaliar danos psicológicos na criança?
- Como evitar situações futuras?

- Como manter o relacionamento entre familiares?
- Que consequências resultarão dos necessários procedimentos legais?
- (...)

Estava em causa o sistema familiar nuclear e sua relação com a família alargada, com as imprevisíveis consequências materiais e emocionais. Obrigado a ser palco da situação, que qualidade e diversidade de respostas poderão ser encontradas no sistema de saúde? Como desencadear um processo seguro e eficiente, em que todos possam sair a ganhar, ou com o mínimo de danos?

O SISTEMA COMPLEXO ADAPTATIVO (SCA)

O SCA é formado por um conjunto de atributos e propriedades em que cada atributo é, simultaneamente, causa e efeito de outros. Cada sistema está, por sua vez, integrado noutra, tal como acontece num ecossistema, em que uma árvore é um SCA, mas também um elemento de outro sistema que é a floresta que, por sua vez, também é elemento de uma determinada região do globo, etc.

Citando a obra atrás referida,³ *Sistema é um conjunto de elementos interdependentemente ligados. Complexo implica diversidade, com numerosas inter-relações entre uma grande variedade de elementos. Adaptativo, sugere capacidade para se alterar ou para mudar, de aprender com a experiência. Os elementos do SCA são agentes independentes. Um agente pode ser uma pessoa, uma molécula, uma espécie, ou uma organização entre muitas outras. Estes agentes actuam com base nos conhecimentos e nas condições locais. As suas acções individuais não são controladas por qualquer central de comando. Um SCA possui uma densa rede de agentes que interactuam, cada qual operando de acordo com o seu próprio desígnio ou conhecimento local. Nos sistemas huma-*

nos, os desígnios são os esquemas mentais que cada indivíduo utiliza para se relacionar com o mundo.

No âmbito dos cuidados de saúde, o médico, que é um SCA, também é um elemento do sistema, tanto da saúde como da sociedade em que se insere. Cada elemento interactua com as propriedades do sistema de que faz parte, através de uma relação bidireccional com transformação mútua. A manutenção e sustentabilidade de um SCA necessita de diversidade que alimente a interacção entre os seus elementos. A mudança que resulta dos processos adaptativos constitui também uma fonte de enriquecimento do sistema, com novos factos que o ajudam a sobreviver e a progredir quanto à amplitude de respostas possíveis.

As consultas com aquele doente, idoso e que desde há algum tempo começara com alusões recorrentes à *proximidade* da sua morte, entretanto *anunciada* para dentro de 6 ou 7 anos, começavam a constituir um penoso fardo para a médica assistente. Ficava muito tempo sentado em frente da médica, *ruminando* em torno de uma ou outra queixa menor, contando e recontando episódios de vida passada e querendo exigir ainda mais quando a médica procurava terminar e encaminhá-lo para a saída...

... Vai embora triste e aborrecido, deixando-me um sentimento de insatisfação. Porém, sinto que não sou capaz de fazer mais, que é deprimente e *chato*, mas comecei a ficar com alguma preocupação especial desde que começou a falar da morte... embora só para daqui a 6 ou 7 anos!...⁷

Neste sistema aparentemente bloqueado, consumptivo e não gratificante, como intervir? Como corresponder às necessidades emocionais e psicológicas do doente, apaziguando os sentimentos de frustração e de inquietação com que a médica terminava as consultas?

A discussão num grupo Balint permitiu a entrada de novas ideias:

A *morte* como metáfora para dificuldades de adaptação a novos estádios da vida sexual?

A possibilidade de conseguir um tempo próprio para conversas mais completas sobre *o que lhe irá na alma*?

Chamar a atenção de familiares do doente?

A futura experimentação de um outro padrão de relacionamento baseado em alguma destas ou de outras hipóteses permitirá recriar o sistema, introduzindo-lhe novidade e diversidade, capazes de nutrir a relação e o doente nesta etapa final da vida, satisfazendo o gosto profissional do médico.

Podendo discutir-se a possibilidade prática de disponibilizar mais tempo para determinados doentes, e respectivas consequências quanto à equidade na distribuição do tempo pelos restantes, como se houvesse doentes de primeira e de segunda classe... será oportuno relembrar as vivências iniciais dos grupos organizados por Michael Balint,⁸ em que o médico era incitado a apresentar os casos que versassem complexas situações psicológicas, preferencialmente após ter desenvolvido uma entrevista longa com o paciente. Alguns anos depois, porém, tal longa entrevista foi considerada pelo próprio Balint como *uma espécie de corpo estranho* na prática diária do médico de clínica geral,⁹ defendendo que o seu terreno e tempo próprios de actuação deverá corresponder ao contexto de um período normal de consultas. A partir daí, veio a surgir a ideia de que em *seis minutos para o paciente*, seria possível, através de treino apropriado, encontrar os momentos certos e eficazes para alguma intervenção psicológica que ajudasse eficazmente o paciente. Foi apelidada de *técnica do flash*.

Num recente retomar destes pensamentos quanto à melhor forma de gerir proveitosamente o tempo disponível

para as consultas, Don Bryant, psicoterapeuta e membro da Sociedade Balint inglesa, altera os termos e fala de *seis sessões para o paciente*.¹⁰ De acordo com o que expressa, é advogada e exemplificada uma prática de trabalho multidisciplinar e de grupo no contexto das consultas de clínica geral em que os casos detectados pelo médico como necessitando de apoio psico-emocional deverão ser referenciados para os *conselheiros psico-sociais*. Estes desenvolverão seis sessões de ajuda ao paciente, findas as quais regressará ao médico, portador de um relatório (sujeito à sua concordância).

Com este método perde-se a simplicidade de uma relação a dois, complexificando-a através de um trabalho interdisciplinar com uma pretendida optimização de recursos e competências de diferentes técnicos intervindo na prestação de cuidados. Poderá constituir uma fórmula mais adequada aos novos tempos, de maior especialização e exigência no aprofundamento e actualização de conhecimentos, onde sobressaem as capacidades plásticas e de recriação da realidade, próprias dos sistemas complexos adaptativos de que vimos falando e onde se insere a relação médico-doente.

Na falta de conselheiros psico-sociais, um recurso alternativo à *entrevista longa* poderá ser a multiplicação de consultas, mesmo que de curta duração, mas em que, numa visão pró-activa da continuidade de cuidados, a maior atenção do médico esteja apontada para o que julgue ser o problema emocional ou psicológico a gerir. No entanto, em médicos com maior apetência para a abordagem de situações de carácter psicológico, persiste o gosto para fornecer um maior *tempo de antena* a alguns doentes, criando estratégias de organização que lhes permitam não desorganizar o seu dia de trabalho. Disso nos dá conta John Salinsky que, durante um certo período de tempo, con-

seguiu disponibilidade para *oferecer* algumas consultas semanais de 35 a 45 minutos.¹¹

O GRUPO BALINT COMO IMPULSIONADOR DE MUDANÇA NA RELAÇÃO

De acordo com a forma mais tradicional de abrir e iniciar a discussão num grupo Balint, oiçamos um experimentado clínico geral inglês (John Salinsky), perante um grupo formado por internos de especialidade, numa das habituais sessões do treino vocacional.¹²

Aqui estamos, sentados em círculo, começando eu por convidar alguém a falar-nos de um doente ou situação ocorrida na consulta e que o tenha aborrecido, intrigado e preocupado, ou que, por qualquer outra razão, se lhe mantenha no pensamento. Neste tipo de grupo, estamos principalmente interessados em falar sobre a relação médico-doente e dos sentimentos partilhados entre um e outro. Estes sentimentos podem ser muito poderosos e disruptivos. Embora, nesta fase da vossa vida profissional, se possam sentir mais preocupados com a aquisição de conhecimentos clínicos, são os factores emocionais entre médico e doente que provocam as maiores dificuldades. Pensamos que é útil olhar para os nossos próprio sentimentos, pois podem reflectir aquilo que o doente está a sentir. Se se sentirem tristes, poderá ser porque também o doente está triste e deprimido. Por isso, pensar sobre o modo como o doente vos estará a fazer senti, poderá constituir um útil instrumento de diagnóstico.

O verbo mudar (*mudança*), usado no subtítulo desta secção de texto, pode induzir sentimentos de receio e desconfiança, quando o contexto é o das relações humanas com intervenientes tão assimétricos como médicos e doentes. Pode pensar-se em ameaça à estruturada ideia de si próprio ou da sua iden-

tidade profissional. Para agravar a questão, foi Michael Balint que preconizou dever a permanência prolongada num grupo conduzir a *uma mudança limitada, embora considerável, na personalidade do médico!*

Repensando a questão à luz de práticas e investigação actuais, Dorte Kjeldmand escreveu recentemente¹³ que: *- Num grupo Balint muda-se, mas a própria vida também produz mudança. Quando se leva uma vida adequada, bem estruturada e se fala com um bom amigo, com a esposa ou as crianças, (...) então a vida é desenvolvimento. A participação num grupo Balint pode facilitar isso, pois o seu processo está refinado.*

Refinado, no sentido de que poderá ajudar a avançar um pouco mais depressa, mas com os mesmos métodos que a própria vida é capaz de oferecer, quando corre no seu melhor, sem magoar.

De acordo com uma visão sistémica, a partir da referida possibilidade de mudança nas atitudes e compreensão do médico sobre o seu papel na relação, advirá mudança a favor do doente, pois as novas qualidades adquiridas acarretarão consequências gerais. Pode ser uma mudança silenciosa e lenta, eventualmente imperceptível, até que, em momentos de reflexão ou de seguimento de casos, se demonstra uma maior maturidade e facilidade em lidar com as situações anteriormente apelidadas de *díficeis*. Contudo, em participantes de longa data,¹⁴ surge muitas vezes a interrogação sobre se foram, ou estão a ser, melhores médicos, pelo facto de terem participado, ou estarem a participar, no grupo Balint. Os métodos de investigação quantitativa têm mostrado dificuldades de aplicação a esta metodologia de trabalho, restando os qualitativos,¹⁵ com menos fiabilidade em tempos de *medicina baseada na evidência*. As desistências de frequência dos grupos por parte de alguns elementos, por vezes inesperadas e sem justificação, poderão, entre outras razões, apon-

tar para alguma *resistência à mudança*, ratificando a ideia de que o grupo é sentido como um promotor ou incentivador de novas qualidades ou atitudes dos seus componentes.

Voltando a John Salinsky:¹⁶

Que pensarão os nossos doentes? Terão detectado que o treino em grupos Balint fez de nós médicos diferentes? Vão ter maior longevidade, sentir-se melhor e ter menos sintomas devido a este tipo de prestação de cuidados, mediado pelo grupo Balint? Será que conseguem detectar aquela subtil, mas significativa, mudança na nossa personalidade? Nos anos cinquenta, seria fácil estabelecer a diferença. O médico Balint seria aquele que, após escutar atentamente, diria ao doente que a sua amígdala era sinal de uma frustração sexual subjacente e convidá-lo-ia para uma hora de psicoterapia no fim da consulta. Actualmente, porém, as coisas são diferentes. Os médicos Balint não chegam a esse tipo de conclusões tão rapidamente, procurando ser clínicos gerais compreensivos em vez de psicoterapeutas.

QUEM TEM UM CASO?

Como reflectem as duas pequenas histórias atrás apresentadas, surgem casos de doentes muito consumidores de tempo, com queixas recorrentes e que parecem funcionar em círculos viciosos de impotência perante as condições de vida, com impossibilidade de melhoria, levando o médico a erigir em si próprio sentimentos de frustração profissional. Também são contados casos dilemáticos quanto a princípios éticos e comportamentais, muitas vezes denotando desinsensação cultural ou social de difícil compreensão.

Era jovem, com ar acossado mas com atitude resoluta, de quem não sairia daquela *consulta de recurso* sem obter o que pretendia. Era o primeiro

contacto com a médica de serviço, futura interlocutora para o plano de acção engendrado e arraigadamente estabelecido como a *única* solução para o problema que constituía uma gravidez não desejada. Emigrante da longínqua Europa que até já foi de Leste, onde práticas sociais, políticas, religiosas e culturais eram bem diversas das do ambiente regional do centro do País...

... tem que ser... é para acabar!... não posso!!...

Assim terá dito, ou querido dizer, no seu português escasso, mas fazendo compreender à médica, de modo muito claro, o inevitável imperativo da situação, com um único sentido e desfecho.

Foi feito o encaminhamento, mas ficaram as dúvidas, que passaram a caso no grupo Balint de data mais próxima.¹⁷

Regressando às ideias atrás expostas sobre os sistemas complexos adaptativos, nestes considerando o médico, a sua relação com os doentes e a comunidade em que se inserem, também os grupos Balint poderão integrar-se no conceito e na organicidade viva da actividade prestadora de cuidados de saúde, pois constituem um elemento potenciador de diversidade e impulsionador de mudanças. O grupo Balint inseminar-se-á no conjunto de interactividades necessárias para revivificar e potenciar as qualidades intrínsecas da relação médico-doente.

Numa perspectiva organizacional, poderemos considerar o grupo Balint como um sistema de apoio ao modo de lidar melhor e mais eficientemente com a complexidade de que se reveste a actividade médica. Tem funções depuradoras e de criação de distância do subjectivismo do médico, libertando-o para uma interacção descomprometida, isenta e menos inquinada por questões pessoais.¹⁸ Alimenta os seus participantes com alternativas face a bloqueios relacionais ou emocionais. Permite es-

clarecimentos num registo de intimidade e segredo profissional.

Voltando a referir John Salinsky, o grupo Balint *pode servir para deixar sair a pressão, aliviar sentimentos feridos, ganhar simpatia e apoio, bem como alargar a visão sobre toda a espécie de assuntos que aí podem ser objecto de discussão*. No entanto, exige-se que faça mais do que isso, ou seja, que desenvolva a sua *tarefa específica*.

A TAREFA DO GRUPO BALINT

Essencialmente, a tarefa do grupo Balint centra-se na análise do que se passa na relação médico-doente. Não apenas na avaliação do modo de sentir do médico, mas também no que isso pode indicar quanto aos sentimentos do doente. O grupo deverá ajudar o médico a permitir que ao doente seja reconhecida a possibilidade de expressar as suas próprias emoções.

Ao promover-se a interacção especulativa no seio do grupo, cujo funcionamento obedecerá a uma dinâmica própria de obediência democrática, procuram-se explicações para as razões que motivaram a vinda do doente à consulta, como se sentirá face ao médico, que tipo de médico lhe poderá ser mais útil ou porque se estará a comportar de determinado modo. A tarefa do grupo Balint promove a imaginação dos intervenientes, conduzindo este tipo de SCA a incorporar diversidade nas práticas clínicas dos seus participantes. Do todo que é o grupo, emergirão qualidades específicas, produzidas no decurso de uma interactividade de forças no seu campo estrutural específico.¹⁹ De acordo com o conceito de dinâmica de grupo adoptado,²⁰ salienta-se a importância do jogo de forças no espaço grupal. No interior do grupo interagem *forças, vectores, equilíbrios e campos, consistindo a dinâmica de grupo num conjunto de processos evolutivos interactivos*. Velan-

do pelo funcionamento do grupo em concordância com os objectivos e método descritos, os *facilitadores* terão responsabilidades especiais, expressas através de um comportamento que induza segurança e respeito mútuo entre todos os participantes, vontade de especular, curiosidade, tolerância perante a incerteza e sentimentos de empatia, tanto para com o médico que apresenta o caso, como para com o doente que tenha motivado o caso e a discussão.²¹

A amargura e as dores dos doentes podem ser muito perturbadoras quando o médico se deixa envolver demasiado ou, ainda mais, quando façam regressar à memória actual acontecimentos pessoais negativos ou traumáticos. Podem desenvolver-se respostas de afastamento que perturbam ou mutilam uma relação que se pretenderia de ajuda ou de suporte. Possibilitar novas formas de lidar com tais memórias ou respostas emocionais defensivas²² poderá constituir um dos ganhos individuais e silenciosamente obtidos pelos participantes dos grupos.

Muitas vezes, quando os grupos estão a iniciar a sua actividade ou são formados por profissionais mais jovens e inexperientes, regista-se um menor aprofundamento, ou mesmo evitamento, da referida *tarefa* do grupo, mantendo-se uma interacção mais superficial e de partilha de experiências. Apesar disso, enquanto não evolui e ganha maturidade, esse tipo de funcionamento permitirá a aquisição de boas doses de auto-conhecimento, de oportunidade para trocas de ideias e de emoções, de quebra do isolamento e solidão em que o exercício da medicina geral e familiar ainda é muito praticada.

Deste modo, o grupo Balint deve ser visto como um meio de aprendizagem contínua, que tem como objecto de trabalho as dificuldades e escolhos com que se depara a prática médica, nomeadamente no que diz respeito à relação

médico-doente. Como meio estruturado para discutir esses problemas, presta um ótimo serviço à formação dos participantes nos internatos complementares, ajudando a compreender melhor o *mundo da prática clínica*.

Num estudo realizado no âmbito dos programas de treino vocacional dos médicos de família americanos,²³ em que cerca de metade incorpora a utilização de grupos Balint, identificou-se que, após nove meses de participação num grupo, os estudantes demonstraram melhoria de aptidões comportamentais necessárias ao exercício da medicina, avaliada através de teste específico e em comparação com um grupo de controlo.

De acordo com uma recente proposta para inclusão da metodologia Balint no treino vocacional dos clínicos gerais ingleses, salienta-se que:²⁴

- A inteligência emocional precisa de ser treinada, pelo que os *currícula* formativos devem incluir as metodologias apropriadas à sua efectivação.
- O método Balint adequa-se à obtenção desse tipo aprendizagem por parte dos médicos de clínica geral.
- Existe ampla evidência, tanto proveniente da experiência pessoal como de processos de investigação, dos benefícios obtidos pela participação em grupos Balint.

Trabalhando numa pequena aldeia, o jovem médico viu-se confrontado com o mal-estar geral dos habitantes devido ao comentário de um médico hospitalar sobre a avançada progressão clínica de um problema neoplásico com que uma das suas utentes se apresentara, *pela primeira vez*, no hospital...

... mas como é que deixaram as coisas chegar a este estado?!...

No grupo Balint, a dimensão do desgosto traduzia-se na hipótese de...

... até estou a pensar mudar de centro de saúde!...

Não havia consciência de incorrec-

ção clínica.

Expressava sentimentos de ingratidão, dado o empenho e acerto com que procurava exercer a actividade. Posteriormente, uma conversa directa com o médico hospitalar permitiu o esclarecimento e restabelecimento de uma relação distendida com a doente e familiares.²⁵

O GRUPO BALINT COMO PROTECTOR DA RELAÇÃO MÉDICO-DOENTE

Um dos riscos das relações de ajuda em geral e da relação médico-doente em particular é a tendência para levar ao esgotamento de quem tem obrigação por conduzi-las e se sente com responsabilidade pelas suas consequências.

Por esgotamento, pretendemos indicar o que é habitualmente designado por *burn-out*,²⁶ ou seja, a perda de vontade, de idealismo, de alegria e de entusiasmo relativamente à actividade profissional, mas também à própria esfera pessoal. Trata-se de um problema de exaustão emocional, com sentimentos de inutilidade. Este tipo de esgotamento pode conceptualizar-se como sendo o resultado de uma interacção sistémica negativa entre os intervenientes na relação, nomeadamente o médico, o doente e o sistema de saúde que os enquadra.²⁷ O médico, como elemento da linha da frente, com mais responsabilidades e maiores necessidades de suporte devido aos embates contínuos resultantes da complexidade sistémica em que está envolvido e dos problemas que se lhe apresentam, desenvolve vulnerabilidades que emergirão com consequências graves para a sua saúde mental, induzindo isolamento, depressão, abuso de substâncias e, mesmo, suicídio.

O esgotamento do médico pode começar com manifestações de *stress* de tipo crónico que, de modo contínuo, desencadeiam sensações de desamparo e

infelicidade. Muitas vezes, resulta de um mau modo de lidar com as situações de *stress* agudo, inevitavelmente existentes no decurso do exigente percurso escolar e profissional dos médicos. Como método preventivo, a frequência de grupos Balint durante as fases escolar e clínica tem aparentado desempenhar um papel protector, ao permitir cortar a vivência isolada dos problemas e conseguir encontrar alternativas que a dinâmica de trabalho do grupo faz emergir. Um trabalho desenvolvido por Heather Suckling e Peter Shoenberg na *Royal Free and University College Medical School* de Londres²⁸ teve como objectivo levar os estudantes a considerarem os seus encontros com os doentes sob *outras luzes* (para além das biomédicas), valorizando a relação com o doente e a consulta, a serem capazes de reconhecer os sentimentos que lhes sejam evocados pelo contacto com os doentes, treinando-se para o seu uso em proveito do doente, a detectarem o significado emocional de muitos dos sintomas apresentados na consulta, a serem capazes de utilizar o grupo para expressão das ansiedades e frustrações profissionais, a reconhecerem os seus próprios limites e a valorizarem os efeitos da sua própria humanidade e personalidade na relação com o doente.

Uma outra ideia quanto à origem da síndrome de esgotamento aponta para a perda de significado pessoal relativamente à actividade profissional. Desencadeiam-se sentimentos de inutilidade, por pensamentos negativos quanto à importância das tarefas que se vem desempenhando, muitas vezes motivados por falta de reconhecimento e valorização pela estrutura burocrática em que se está inserido que, por sua vez, cria múltiplas e fastidiosas obrigações, a que se juntam a monotonia das queixas dos doentes e a repetida impossibilidade de os melhorar ou curar a todos...

Perante sentimentos deste tipo, bem contrários ao idealismo com que se fez

a escolha académica e profissional, a permanência num grupo Balint ajudará a visitar ideais obscurecidos pelas necessidades práticas actuais, encontrando nestas e na confrontação impulsionada pelos elementos do grupo razões para relativizar e compreender, desagravando a frustração e permitindo continuar a ser o médico real com capacidade para fornecer respostas positivas aos seus utentes.

DE MICHAEL BALINT AOS GRUPOS BALINT

Nascido em Budapeste em 1896 e falecido em Londres em 1970, foi em Inglaterra, a partir de 1939,²⁹ que Michael Balint desenvolveu a actividade que o tornou conhecido como um dos importantes paladinos da medicina baseada no paciente, não apenas *na sua doença*. O livro que editou em 1957, relatando e conceptualizando sobre os seminários de discussão de casos com clínicos gerais, tem, precisamente, o título *The Doctor, his Patient and the Illness*.

Fez formação médica em Budapeste, onde trabalhou como clínico geral, e em Berlim, onde fez investigação em bioquímica e formação em psicanálise.

Aderente das ideias e práticas psicanalíticas então nascentes, trabalhou com um discípulo húngaro de Freud, Sandor Ferenczi.

Embora aparente grande desfazamento relativamente aos contextos de vida e prática médica dos nossos dias, não resistimos a transcrever o que era idealizado por Sandor Ferenczi para a actividade do médico de clínica geral, em 1924:²⁰

Temos que esperar até que o conhecimento psicanalítico, ou seja, o conhecimento sobre os seres humanos, se torne o centro do conhecimento médico, unificando esta disciplina agora fragmentada pelas especializações. O velho médico de família, amigo e conselheiro

ro da família, retomará o seu importante papel, mas de um modo mais profundo. Será observador compreensivo e conhecedor íntimo de todo o tipo de personalidades. Poderá influenciar de modo apropriado o desenvolvimento das crianças e dos homens, desde o nascimento, através de educação, passando pelos problemas da puberdade, a escolha da profissão, o casamento, os conflitos emocionais, sejam graves ou ligeiros, até à doença física e mental. Assim, o seu papel como conselheiro não se limitará às questões físicas, mas levará em conta os problemas psicológicos, que, muitas vezes, são mais importantes, tendo em conta a relação entre corpo e mente.

Foi com este *background* de ideias que Michael Balint começou a usar a psicanálise para tentar ajudar os doentes com problemas psicossomáticos. Em 1951, numa Inglaterra plena de problemas sociais ainda derivados do pós-guerra, desenvolveu um trabalho pioneiro com médicos de clínica geral integrados no serviço nacional de saúde, iniciando os seminários de discussão de casos, que constituíram o primeiro modelo dos grupos actualmente existentes, denominados pelo seu nome e disseminados um pouco por todo o mundo.

Ao longo dos seus cinquenta anos de actividade, os grupos Balint têm evoluído de diversas formas, de acordo com os contextos médicos em que são aplicados e com as metodologias psicoterapêuticas e de dinâmica de grupos que orientam o seu funcionamento.^{xxx} Partindo da psicanálise como método de abordagem psicológica dominante na primeira metade do século XX, outras metodologias foram sendo incorporadas, nomeadamente as psicoterapias comportamentais, a abordagem sistémica e familiar ou as psicoterapias de inspiração antropológica, existencial e humanista.

Também as mudanças quanto ao modo como certos problemas clínicos são actualmente encarados vêm motivando ou impondo outras formas de abordagem e de circulação de ideias. Um deles refere-se à conceptualização, diagnóstico e tratamento dos problemas de carácter psicossomático que, constituindo um dos quebra-cabeças clínico de maior frequência, também corresponde a muitos dos casos discutidos nos grupos. As teorias sistémicas e de abordagem familiar têm facilitado a compreensão sobre muitos deles, ao evidenciar a existência de relações entre aspectos biológicos e psicossociais desencadeantes de fenómenos difíceis de explicar através de uma abordagem que tenha apenas em conta o individual e o estabelecimento de relações linearmente causais.³²

Assim, o grupo Balint dos nossos dias, como sistema adaptativo complexo, procura estar em consonância e diálogo vivo com uma envolvente externa nem sempre favorável, através da aquisição de novas aptidões e competências, como é próprio dos grupos em relação constante com o exterior, com fronteiras permeáveis e inseridos em sistemas mais vastos.³³

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Kjeldmand, D. The doctor, the task and the group: Balint groups as a means of developing new understanding in the physician-patient relationship [dissertação]. Uppsala: Acta Universitatis Upsaliensis; 2006. p. 16 [online]. Disponível em: URL: http://www.diva-portal.org/diva/getDocument?urn_nbn_se_uu_diva-6937-1__fulltext.pdf [acedido em 02/07/2007].
2. Elwyn G. Arriving at the postmodern medical consultation. Eur J Gen Pract 2004; 10 (3): 93-7.
3. Bertalanffy LV. Teoria geral dos sistemas. Rio de Janeiro: Editora Vozes; 1977. p. 57. (Citado em: Gameiro J. Voando Sobre a Psiquiatria. Porto: Edições Afrontamento; 1992. p. 20).
4. Zimmerman B, Lindberg C, Plsek P. Ed-

geware. Insights from complexity science for health care leaders. p. 5. Disponível em URL: <http://www.plexusinstitute.org> [acedido em 02/05/2007].

5. Morin E. O Método 1: a natureza da natureza. Lisboa: Publicações Europa-América; 1977. p. 104. (Citado em: Gameiro J. Voando sobre a psiquiatria. Porto: Edições Afrontamento; 1992. p. 21).

6. Apontamento de relato de um caso apresentado numa reunião de grupo Balint em Portugal. (Por razões de confidencialidade, não é dada mais informação)

7. Apontamento de relato de um caso apresentado numa reunião de grupo Balint em Portugal. (Por razões de confidencialidade, não é dada mais informação)

8. Balint M. O médico, o doente e a sua doença. Lisboa: Climepsi; 1998.

9. Balint E, Norrel JS. Seis minutos para o doente..Lisboa: Climepsi; 1995. p. 2.

10. Bryant D. Six sessions for the patients. *J Balint Soc* 2002; 30: 31-4.

11. Salinsky J. The last appointment: psychotherapy in general practice. Sussex: The Book Guild; 1993. (Citado em Bryant D. Six sessions for the patients. *Journal Balint Soc* 2002; 30: 31-4)

12. Salinsky J. Teaching with the Balint approach: a personal view from a Balint course organizer. London: Royal College of General Practitioners; 2006. p. 31-2.

13. Kjeldmand, D. The doctor, the task and the group: Balint groups as a means of developing new understanding in the physician-patient relationship [dissertação]. Uppsala: Acta Universitatis Upsaliensis; 2006. p. 65 [online]. Disponível em: URL: http://www.diva-portal.org/diva/getDocument?urn_nbn_se_uu_diva-6937-1__fulltext.pdf [acedido em 02/07/2007].

14. Horder J. Michael and Enid Balint: my experience of their contribution. *J Balint Soc* 2002; 30: 15-9.

15. Salinsky J. O que está a sentir, doutor? In: Médicos com emoções: identificar e evitar comportamentos defensivos na consulta. Amadora: Fundação Grüenthal; 2004. p. 110.

16. Salinsky J. Is Balint good for patients? *J Balint Soc* 2003; 31: 3-4.

17. Apontamento de relato de um caso apresentado numa reunião de grupo Balint em Portugal. (Por razões de confidencialidade, não é dada mais informação)

18. Hipólito J. Balint diminui parasitagem do médico pela sua problemática. *Médico de Família* 2006 Fev; Supl Interface: 5.

19. Teixeira JM. Grupos Balint: características gerais e método. *Rev Port Clin Geral* 1994; 11: 54-64.

20. Lewin K. Field theory and experiment in social psychology. *Am J Sociol* 1939; 44: 868-96. (Citado em: Teixeira JM. Grupos Balint: características gerais e método. *Rev Port Clin Geral* 1994; 11: 54-64).

21. Johnson AH, Nease DE Jr, Milberg LC, Addison RB. Essential characteristics of effective Balint group leadership. *Fam Med* 2004 Apr; 36 (4): 253-9.

22. Courtenay M. O grupo discute os casos: ameaças para o médico. In: Médicos com emoções: identificar e evitar comportamentos defensivos na consulta. Amadora: Fundação Grüenthal; 2004. p. 37-54.

23. Turner AL, Malm RL. A preliminary investigation of balint and non-balint behavioral medicine training. *Fam Med* 2004 Feb; 36 (2): 114-22.

24. Salinsky J, Speight L, Watt D, Sackin P, Suckling H. A response to the consultation section of the RCGP draft curriculum for GP training 2005, from the Council of the Balint Society. *J Balint Soc* 2006; 34: 6-8.

25. Apontamento de relato de um caso apresentado numa reunião de grupo Balint em Portugal. (Por razões de confidencialidade, não é dada mais informação)

26. Delbrouck M, editor. Le burn-out du soignant: le syndrome d'épuisement professionnel. Bruxelles: Ed. de Boeck Université; 2003. p. 37-42.

27. Addison RB. Burnout and Balint. Proceedings of the 14th International Balint Congress; 2005 Aug 24-27. Stockholm: International Balint Federation and Swedish Association of Medical Psychology; 2005. p. 118-24.

28. Suckling H, Shoenberg P. What effect does a Balint group on medical students? Proceedings of the 14th International Balint Congress, 2005 Aug 24-27. Stockholm: International Balint Federation and Swedish Association of Medical Psychology; 2005. p. 55-60.

29. Ricaud MM. Michael Balint: le renouveau de l'École de Budapest. Paris: Edições Êrés; 2000.

30. Ferenczi S, Rank O. Perspectives de la psychanalyse. Paris: Payot; 1924. (Citado em: Horder J. Michael and Enid Balint: my experience of their contribution. *J Balint Soc* 2002; 30: 15-9.

31. Maoz B, Rabin S, Matalon A. Changes in Balint groups, in the way they work. Proceedings of the 14th International Balint Congress; 2005 Aug 24-27. Stockholm: Internati-

onal Balint Federation and Swedish Association of Medical Psychology; 2005. p. 136-44.

32. Doherty WJ, Baird MA. Family Therapy and Family Medicine: toward the primary care of families. 2ª ed. New York: Guilford Publications; 1983.

33. Arrow H, Mcgrath J, Berdahl J. Small groups as complex systems. Sage Publications; 2000. (Citado em: Kjeldmand, D. The doctor, the task and the group: Balint groups as a means of developing new understanding in the

physician-patient relationship [dissertação]. Uppsala: Acta Universitatis Upsaliensis; 2006. p. 28, 52 [online]. Disponível em: URL: http://www.diva-portal.org/diva/getDocument?urn_nbn_se_uu_diva-6937-1_fulltext.pdf [acesso em 02/07/2007].

Endereço para correspondência:

E-mail: jorge.hipotalam@netcabo.pt

THE DOCTOR-PATIENT RELATIONSHIP: COMPLEXITY AND THE ROLE OF BALINT GROUPS

ABSTRACT

The assessment of the doctor-patient relationship throughout the last century, shifting between positive, negative and neutral views, is an inescapable consequence of the technical and scientific developments available to Medicine. Periods when the supremacy of technical knowledge has overshadowed the figure of the physician have been followed by times when the doctor's fundamental importance is acknowledged.

In this interactive and recurrent process, characteristic of the confrontation between dissimilar systems striving for one common purpose, the importance of the doctor-patient relationship has of late been highlighted as a crucial tool. It is one that follows principles and methods that lie beyond the ordinary presence of a doctor and a patient whose behaviour is confined to pre-scripted roles. The doctor-patient relationship is currently understood as a technology in constant evolution, helping the doctor to work in the best of circumstances, with maximum efficiency and a minimum of mishaps.

By integrating both solid and forceful technological elements with the irreplaceable needs of human relations, the doctor-patient relationship has gained value in both complexity and demand.

Building on a systematic outlook on society and the concept of complex adaptive systems, we shall seek to clarify how Balint groups, as tools of training and improvement of the doctor-patient relationship, have established a dialogue with new social contexts and with the health care system, maintaining and developing their ability to support the relational activity of General and Family Physicians.

Key-words: Doctor-patient Relationship; Family and General Medicine; General Systems Theory; Complexity; Complex Adaptive Systems; Balint Groups; Change.