

## **Experiência de grupos Balint no curso médico: Avaliação da importância e qualidade da experiência de relação médico-paciente**

Experience of Balint groups in the medical course: Assessment of the importance and quality of the doctor-patient relationship experience

Experiencia de los grupos Balint en la carrera de medicina: Valoración de la importancia y calidad de la experiencia de la relación médico-paciente

Recebido: 19/02/2022 | Revisado: 28/02/2022 | Aceito: 06/03/2022 | Publicado: 12/03/2022

**Luan Amaral Magalhães Sousa**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6187-6757>  
Universidade Católica de Pernambuco, Brasil  
E-mail: [luanamaralmagalhaes@gmail.com](mailto:luanamaralmagalhaes@gmail.com)

**João Guilherme Araújo Magalhães Neiva**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3081-5537>  
Universidade Católica de Pernambuco, Brasil  
E-mail: [joaoguilhermeamneiva@gmail.com](mailto:joaoguilhermeamneiva@gmail.com)

**Luiza Lívia Cavalcanti Morotó**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9257-1529>  
Universidade Católica de Pernambuco, Brasil  
E-mail: [luizamoroto.lm@gmail.com](mailto:luizamoroto.lm@gmail.com)

**Maria Cecília Amorim de Barros**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6986-3109>  
Faculdade Pernambucana de Saúde, Brasil  
E-mail: [cecilia.amorim.barros@gmail.com](mailto:cecilia.amorim.barros@gmail.com)

**Pablo Terto Magalhães Feitoza**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3242-0109>  
Universidade Católica de Pernambuco, Brasil  
E-mail: [feitozaxd16@gmail.com](mailto:feitozaxd16@gmail.com)

**Paulo Osório Araújo Magalhães Neiva**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2163-8620>  
Universidade Católica de Pernambuco, Brasil  
E-mail: [pauloosorioaraujo@gmail.com](mailto:pauloosorioaraujo@gmail.com)

**Yanne Almeida Aguiar**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7904-3369>  
Universidade Católica de Pernambuco, Brasil  
E-mail: [yaneaaguiar@hotmail.com](mailto:yaneaaguiar@hotmail.com)

**Déborah Karoline de Lira Sales e Silva**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1819-3122>  
Universidade Católica de Pernambuco, Brasil  
E-mail: [dekasales3@gmail.com](mailto:dekasales3@gmail.com)

**Eduarda Silvestre Ribeiro da Costa Gomes**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2176-0872>  
Universidade Católica de Pernambuco, Brasil  
E-mail: [dudasilvestre.med@gmail.com](mailto:dudasilvestre.med@gmail.com)

**José Waldo Saraiva Câmara Filho**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6478-8755>  
Universidade Católica de Pernambuco, Brasil  
E-mail: [jwcamara@uol.com.br](mailto:jwcamara@uol.com.br)

### **Resumo**

**Introdução:** As formas do médico se relacionar com o doente tendem a adotar modelos biomédicos, que são mais simples e impessoais, em detrimento a modelos biopsicossociais, mais complexos e com maior demanda emocional. Dentre as diversas intervenções propostas para o desenvolvimento e facilitação da relação médico-paciente estão os grupos Balint. **Objetivo:** Avaliar a participação nos grupos Balint no desenvolvimento de atitude centrada na pessoa doente no contexto da relação médico-paciente em relação aos não participantes. **Métodos:** Estudo qualitativo de cunho fenomenológico, com amostra composta por 30 participantes incluindo acadêmicos de medicina e médicos. A coleta dos dados ocorreu em 2021 através de entrevistas narrativas. **Resultados:** Foram encontradas seis maneiras de caracterizar o que é essencial no encontro com o paciente: Empatia; Comunicação Efetiva; Visão Biopsicossocial; Tempo; Disponibilidade do Médico; Infraestrutura. Sete “unidades de sentido” caracterizaram as dificuldades encontradas no encontro com o paciente: Limitações de Acesso à Saúde; Comunicação Ineficaz; Inseguranças do médico-assistente; Pacientes Difíceis;

Expectativa do Paciente; Carga Excessiva de Trabalho; Abordar Assuntos Delicados. Três “unidades de sentido” foram utilizadas por ambos os grupos para exemplificar quando o encontro com o paciente foi bem-sucedido: Entendimento do Processo saúde-doença; Contribuição Médica; Gratidão do Paciente. Conclusão: Percebeu-se, a partir das entrevistas, semelhanças entre os grupos, que apresentam uma visão otimista no que se refere ao cuidado humano e integral do seu paciente mesmo que com abordagens diferentes.

**Palavras-chave:** Grupo Balint; Resiliência psicológica; Estudantes de medicina; Relação médico-paciente.

### Abstract

**Introduction:** The physician's ways of relating to the patient tend to adopt biomedical models, which are simpler and impersonal, to the detriment of biopsychosocial models, which are more complex and with greater emotional demand. Among the various interventions proposed for the development and facilitation of the doctor-patient relationship are the Balint groups. **Objective:** To evaluate the participation in Balint groups in the development of a patient-centered attitude in the context of the doctor-patient relationship in relation to non-participants. **Methods:** Qualitative study of a phenomenological nature, with a sample composed of 30 participants, including medical students and physicians. Data collection took place in 2021 through narrative interviews. **Results:** Six ways were found to characterize what is essential in the encounter with the patient: Empathy; Effective Communication; Biopsychosocial View; Time; Physician Availability; Infrastructure. Seven “units of meaning” characterized the difficulties encountered in the encounter with the patient: Limitations of Access to Health; Ineffective Communication; Insecurities of the assistant physician; Difficult Patients; Patient Expectation; Excessive Work Load; Addressing Sensitive Matters. Three “units of meaning” were used by both groups to exemplify when the meeting with the patient was successful: Understanding the health-disease process; Medical Contribution; Patient gratitude. **Conclusion:** It was noticed, from the interviews, similarities between the groups, which present an optimistic view regarding the human and integral care of their patients, even with different approaches.

**Keywords:** Balint group; Psychological resilience; Medical students; Doctor-patient relationship.

### Resumen

**Introducción:** Las formas de relacionarse del médico con el paciente tienden a adoptar modelos biomédicos, más simples e impersonales, en detrimento de modelos biopsicosociales, más complejos y con mayor exigencia emocional. Entre las diversas intervenciones propuestas para el desarrollo y facilitación de la relación médico-paciente se encuentran los grupos Balint. **Objetivo:** Evaluar la participación en los grupos Balint en el desarrollo de una actitud centrada en el paciente en el contexto de la relación médico-paciente en relación a los no participantes. **Métodos:** Estudio cualitativo de carácter fenomenológico, con una muestra compuesta por 30 participantes, entre estudiantes de medicina y médicos. La recolección de datos ocurrió en 2021 a través de entrevistas narrativas. **Resultados:** Se encontraron seis formas de caracterizar lo esencial en el encuentro con el paciente: Empatía; Comunicación efectiva; Visión Biopsicosocial; Hora; Disponibilidad de médicos; Infraestructura. Siete “unidades de sentido” caracterizaron las dificultades encontradas en el encuentro con el paciente: Limitaciones de Acceso a la Salud; comunicación ineficaz; Inseguridades del médico asistente; Pacientes Difíciles; Expectativa del Paciente; Carga de trabajo excesiva; Abordar asuntos sensibles. Tres “unidades de significado” fueron utilizadas por ambos grupos para ejemplificar cuando el encuentro con el paciente fue exitoso: Comprensión del proceso salud-enfermedad; Contribución Médica; Agradecimiento paciente. **Conclusión:** Se percibió, a partir de las entrevistas, similitudes entre los grupos, que presentan una visión optimista en cuanto al cuidado humano e integral de su paciente, incluso con enfoques diferentes.

**Palabras clave:** Grupo Balint; Resiliencia psicológica; Estudiantes de medicina; Relación médico-paciente.

## 1. Introdução

O Curso de Medicina da UNICAP teve início no 2º semestre de 2014 e em projeto pedagógico (Unicap, 2013), seguindo as Diretrizes Curriculares Nacionais do Ministério da Educação, contempla desde o primeiro período, aulas, experiências e vivências práticas com o paciente, sejam nas comunidades (unidades básicas de saúde e programa de saúde da família) como nos próprios hospitais de ensino. Se por um lado tal experiência enriquece e fortalece a aprendizagem, têm também o potencial de eliciar diversas reações emocionais no jovem estudante.

A preocupação e interesse na saúde do estudante de medicina tem recebido atenção crescente nos centros universitários do Brasil e exterior (Pacheco et al., 2017), com a compreensão de que o cuidado da saúde do aluno potencialmente repercute na formação do futuro médico (Mcanus et al., 2004; Ludwig, Burton et al., 2015), levando conseqüentemente ao desenvolvimento de programas específicos de assistência ao discente (Drolet & Rodgers, 2010).

As reações emocionais desencadeadas na equipe de saúde pelo contato contínuo com pacientes em situação de crise pelo adoecimento têm sido descritas há mais de três décadas, por meio da identificação de componentes como o estresse, sobrecarga física e emocional, o sofrimento psíquico e a falta de comunicação mais eficiente (Macedo et al., 2008).

O curso médico da Unicap propõe atividades práticas e contato com o paciente inserido em sua realidade social desde o primeiro período. Oferece gradativa introdução e exposição a ambientes que vão de estruturas primárias de saúde a terciárias de alta complexidade de tratamento. A visão da doença, do doente e da relação com este, vai sendo construída e inevitavelmente influenciada por filmes, seriados, mídia, testemunhos, observação, imitação de tutores e professores culminando com o confronto com situações de doença e sofrimento inéditos em sua vida (Dall'alba, 1998). As formas de se relacionar com o doente tendendo a adotar modelos biomédicos, que são mais simples e impessoais são cotidianos, em detrimento a modelos biopsicossociais, que são mais complexos e possuem maior demanda emocional.

Michael Balint, médico e psicanalista húngaro radicado na Inglaterra, em meados dos anos 50 no século passado, propôs e implantou atividades em grupo – que vieram a ser chamados posteriormente de grupos Balint – que se propunham a analisar e discutir, a partir de casos clínicos apresentados pelos participantes, as dificuldades de interação dos profissionais com o seu paciente (Balint, 1975).

Um declínio na experiência empática tem sido observado à medida em que transcorre o curso médico (Chen et al., 2012). Tal situação pode ser atribuída desde a determinadas metodologias de aprendizado, à progressiva incorporação de novas tecnologias, mas também a próprias estratégias emocionais de adaptação do estudante (Airagnes et al., 2014).

Dentre as diversas intervenções propostas para o desenvolvimento e facilitação da relação médico-paciente estão os grupos Balint. Estes são especialmente desenhados para o auxílio na relação médico-paciente promovendo a redução das dificuldades interpessoais ao mesmo tempo em que facilita o método empático (Van Roy et al., 2015). A participação nos grupos Balint também está relacionada a uma frequência mais baixa de distúrbios mentais, bem como uma maior satisfação com o desempenho acadêmico e as formas de ensino, auxiliando no processo de formação do médico. (Lima et al., 2021)

A proposta de funcionamento dos grupos Balint também alcança a reflexão e manejo de diversos aspectos da atividade médica potencialmente implicados nas reações de estresse e adoecimento do profissional, como (Macedo, Nogueira-Martins et al., 2008):

O contato próximo com a dor e o sofrimento

Lidar com a intimidade corporal e emocional;

O atendimento à pacientes críticos e terminais;

Lidar com pacientes difíceis: queixosos, hostis e não-aderentes ao tratamento, reivindicadores, depressivos ou apáticos, com sintomatologia psiquiátrica;

Lidar com as incertezas e limitações do conhecimento médico e do sistema assistencial;

Lidar com as demandas e expectativas dos pacientes e familiares;

Estímulos emocionais intensos: piedade, compaixão, amor, culpa, ansiedade, raiva, ressentimentos.

O presente projeto de pesquisa, por seus objetivos e metas, busca servir como instrumento de avaliação de atividades de extensão utilizando grupos Balint, contemplando seu possível papel tanto no desenvolvimento de uma relação centrada na pessoa do doente quanto na abordagem dos aspectos potencialmente prejudiciais da relação médico-paciente, visando, em última análise, contribuir para uma formação saudável e integral do profissional médico.

## **2. Metodologia**

### **Delineamento do Estudo**

Trata-se de estudo de natureza qualitativa de cunho fenomenológico com amostra intencional composta pelos integrantes do grupo Balint Unicap e comparativo com um grupo composto de alunos que participem de outros projetos de extensão.

As entrevistas narrativas originalmente seriam presenciais, gravadas e transcritas posteriormente prevendo duração média de 10 a 15 minutos. Entretanto, em função da interrupção das atividades acadêmicas presenciais pela pandemia do Covid-19, o método de entrevista passou a ser entrevistas narrativas à distância em formato de áudios com a mesma duração prevista, com posterior transcrição e análise. A entrevista foi realizada a partir de 3 questionamentos básicos:

**1. O que é essencial no encontro com seu paciente?**

**2. Qual (is) dificuldade(s) no encontro com o seu paciente?**

**3. Quando você pode afirmar que o encontro com seu paciente foi bem-sucedido?**

A análise envolveu identificar as “unidades de sentido” ou “*meaning unit*” mencionadas por cada aluno em resposta a cada pergunta realizada, ou seja, palavras ou frases que resumem o que o participante acabara de responder diante dos questionamentos. Algumas respostas pareciam ser semelhantes, mas diferiam no foco e na forma como era caracterizada. Depois de examinar de perto a maneira de cada aluno caracterizar sua experiência diante do encontro com o paciente, as respostas dos alunos foram agrupadas e analisadas com base em semelhanças e diferenças. Para cada descrição foi formulada um resumo para melhor compreensão do conteúdo relatado. Por fim, lemos cada entrevista mais uma vez, olhando a forma de caracterizar o questionado, deixando de lado a “unidade de sentido” e focando na maneira de entendimento geral, visando a melhor compreensão e análise do estudo.

### **Local e População**

Alunos do curso de medicina da Universidade Católica de Pernambuco que concordaram em participar do estudo. Um número de 4 a 11 participantes de grupos Balint em cada semestre e número semelhante para cada grupo controle.

#### **Critérios de Inclusão:**

Estar cursando o curso médico a partir do 5º período.

Faixa etária a partir dos 18 anos.

Para o grupo caso: Estar participando do Grupo Balint.

Para o grupo controle: Estar participando de Ligas Acadêmicas e/ou outros projetos de extensão

#### **Critérios de exclusão:**

Para o grupo controle: Não estar participando de Ligas Acadêmicas e/ou outros projetos de extensão

### **Instrumentos e Medidas de Avaliação**

**Questionário Sociodemográfico** - Confeccionada pelos autores englobando os seguintes dados e variáveis: Idade, sexo, naturalidade, religião, período e se participa ou não de Ligas Acadêmicas e/ou outros projetos de extensão.

### **Procedimentos e Análise dos Dados**

Autorização para realização do estudo foi obtida através do Comitê de Ética da instituição com todos os participantes assinando Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Foram convidados a participar do estudo todos os alunos que compõem o grupo Balint em funcionamento a cada semestre.

Seleção randomizada de alunos participantes de Ligas Acadêmicas e/ou outras atividades de extensão foi realizada para comparação com aqueles participantes do grupo Balint.

A todos os participantes foram realizadas entrevistas ao final de cada semestre.

Comparação e análise foram feitas em seguida tendo como orientação o método descritivo psicológico fenomenológico a partir de unidades de significado propostas por Georgi e cols (2017).

### 3. Resultados e Discussão

Participaram do estudo 30 acadêmicos de medicina, sendo 15 destes integrantes do Grupo Balint, dos quais 11 pertenceram ao grupo 2020.2 e 4 ao grupo 2021.1, ambos com duração de 6 meses, e 15 alunos pertencentes a outras atividades de extensão, incluindo ligas acadêmicas e/ou outros projetos de extensão. De acordo com os dados sociodemográficos, coletados e disponíveis na Tabela 1, a população do sexo feminino representa a maioria, a faixa etária predominante foi entre 20 e 25 anos, indivíduos naturais da cidade do Recife e religiosos prevaleceram. No que se refere ao período acadêmico, o Grupo Balint apresentou uma maior variedade, possuindo 40% entre o 4º-8º período, outros 47% entre o 9º-12º período e 13% já formados, enquanto que na amostra referente ao Grupo Controle houve uma concentração de 80% de alunos entre o 4º-8º período. A amostra também foi caracterizada no quesito participação em ligas ou outras atividades de extensão, os grupos tiveram similaridade em relação a participação de Ligas Acadêmicas (87%), em contrapartida o Grupo Balint apresenta apenas 40% de sua amostra participante de alguma outra extensão, comparada com 80% de participação em outras extensões que não ligas acadêmicas do Grupo Controle.

**Tabela 1.** Comparação do Perfil Sociodemográfico dos estudantes do Grupo Balint e Grupo Controle.

<b>Características Sociodemográficas</b>	<b>Grupo Balint (N = 15)</b>	<b>%</b>	<b>Grupo Controle (N = 15)</b>	<b>%</b>
<b>Gênero</b>				
<i>Masculino</i>	5	33%	8	53%
<i>Feminino</i>	10	67%	7	47%
<b>Idade</b>				
<20	0	0%	0	0%
20-25	11	73%	12	80%
>25	4	27%	3	20%
<b>Naturalidade</b>				
<i>Recife</i>	9	60%	13	87%
<i>Outros</i>	6	40%	2	13%
<b>Religião</b>				
<i>Sim</i>	12	80%	10	67%
<i>Não</i>	3	20%	5	33%
<b>Período</b>				
<i>4º-8º</i>	6	40%	12	80%
<i>9º-12º</i>	7	47%	3	20%
<i>Formado</i>	2	13%	0	0%
<b>Membro de Liga Acadêmica</b>				
<i>Sim</i>	13	87%	13	87%
<i>Não</i>	2	13%	2	13%
<b>Membro de Outro Projeto de Extensão (não Grupo Balint)</b>				
<i>Sim</i>	6	40%	12	80%
<i>Não</i>	9	60%	3	20%

Fonte: Autores (2021).

Este estudo foi baseado em princípios fenomenológicos e realizado empiricamente usando uma abordagem fenomenográfica. A fenomenografia é uma abordagem que busca descrever as formas qualitativamente diferentes em que os aspectos do nosso mundo são experimentados ou compreendidos (Dall'alba, 1998). O presente estudo identifica a variação nas formas de caracterizar o encontro médico-paciente diante dos estudantes de medicina da Universidade Católica de Pernambuco que participam do Grupo Balint e/ou outros projetos de extensão. Ao responder às perguntas do estudo, cada aluno adotou um foco particular e uma forma de caracterizar o encontro médico-paciente. A análise buscou penetrar e captar essas formas de caracterização. Cada um dos estudantes e médicos caracterizaram a experiência do encontro médico-paciente de uma maneira particular. Como eles caracterizaram essa experiência de diferentes maneiras, havia “unidades de sentido” comuns a todas as respostas. Essas “unidades de sentido” são descritas a seguir a partir de cada questionamento com base em semelhanças e diferenças.

### 3.1 O que é essencial no encontro com o seu paciente?

Foram encontradas seis maneiras de caracterizar o que é essencial no encontro com o paciente. Essas “unidades de sentido” são descritas a seguir: (a) Empatia; (b) Comunicação Efetiva; (c) Visão Biopsicossocial; (d) Tempo; (e) Disponibilidade do Médico; ou (f) Infraestrutura. A, B e/ou C foram utilizadas por ambos os grupos, D e/ou E utilizados somente pelo Grupo Balint e F apenas pelo Grupo Controle.

#### - A “Empatia”; a “Comunicação Efetiva”; e/ou a “Visão Biopsicossocial”.

A maioria dos participantes de ambos os grupos descreveram o que é essencial no encontro com o paciente como o que consta dentro dessas três “unidades de sentido”.

**(a) Empatia.** O foco desse encontro é acolher o paciente e se permitir. Segundo Cuff et al. (2016), empatia é um termo complexo e com variações de conceitos na literatura, que envolve compreender as emoções de outra pessoa através da tomada de perspectiva, sem experimentá-las pessoalmente.

“Ter respeito e empatia. Se permitir sentir o que o paciente está sentindo, o seu medo, angústias, dúvidas, acho que isso é essencial para o encontro com o meu paciente” (Feminino, Grupo Controle, 4º-8º período)

**(b) Comunicação Efetiva.** O objetivo desse encontro vai além do fazer o diagnóstico, conduta e tratamento, é o olhar nos olhos, ignorar o mundo a volta, dedicar aquele momento para o paciente, estabelecendo uma comunicação, que por definição, é efetiva, quando envolve a troca de informações entre dois ou mais interlocutores por meios/linguagens mutuamente entendíveis. Envolve o atender e se comunicar com o paciente de maneira didática e compreensível, de forma que ele entenda o seu contexto saúde-doença.

“...acredito ser essencial uma comunicação acessível e compreensível por parte do médico, o qual deve adequar-se a cada paciente, a fim de que este compreenda e sinta-se acolhido e confortável no atendimento, participando de forma ativa do atendimento, compartilhando com o médico a decisão das escolhas que dizem respeito a sua saúde e tendo dessa forma sua autonomia respeitada...” (Feminino, Grupo Balint, 9º-12º período)

**(c) Visão Biopsicossocial.** Ter esta visão é focar num modelo de atendimento biopsicossocial, isso significa que a saúde de um indivíduo deve ser compreendida como o conjunto dos aspectos biológicos, psicológicos e sociais. Isto pode ser assimilado a partir de uma escuta ativa e do estabelecimento de uma relação de confiança entre o profissional e o paciente.

“...compreender o paciente além da sua doença... também é essencial uma boa anamnese, um minucioso exame físico e é fundamental que o médico aja de forma resolutiva, a fim de suprir, através de um plano terapêutico singular, as demandas do paciente, levando em consideração o contexto familiar e socioeconômico. Logo, eu acredito que o encontro seja pautado na

integralidade do cuidado com o paciente, visando a promoção de saúde do indivíduo de uma forma holística e integral. Sempre baseando o encontro em princípios éticos e pautados no respeito.” (Feminino, Grupo Balint, 9º-12º período)

**- O “Tempo”; e/ou a “Disponibilidade do Médico”.**

**(d) Tempo.** O tempo disponível para a consulta médica sendo uma influência direta na construção do vínculo médico-paciente. “A questão do tempo disponibilizado para a consulta, nenhum dos dois devem estar com pressa no momento e sim presentes. Isso influencia na escuta. Ele falar e querer que eu escute e vice e versa...” (Feminino, Grupo Balint, 9º-12º período)

**(e) Disponibilidade do médico.** O foco desse atendimento é estar disponível, motivado e mostrar para o paciente sua intenção em ajudar.

“...acima de tudo estar com a mente e coração abertos, pois é necessário preparar seu corpo, espírito e sua alma para receber esse paciente, isso é fundamental antes de qualquer conduta médica, qualquer raciocínio clínico, procedimento... o importante é você se mostrar disposto a receber o paciente e transparecer isso.” (Masculino, Grupo Balint, 4º-8º período)

**- A “Infraestrutura”.**

**(f) Infraestrutura.** O essencial é ter o mínimo de estrutura para oferecer o mínimo de conforto para o paciente e para que os médicos e demais profissionais de saúde possam trabalhar de maneira digna. Ter a infraestrutura adequada permite que o a assistência médica seja mais humanística?

“Antes de tudo, estrutura, um consultório, uma enfermaria, algo que atenda às necessidades do paciente. Que de o mínimo de dignidade para ele. Um consultório equipado com maca decente, onde possa-se fazer um exame físico com respeito ao paciente, sem interrupções. Na enfermaria, cortinas onde possibilite examinar com maior privacidade... esse tipo de coisa é essencial no encontro com o paciente...” (Masculino, Grupo Controle, 4-8º período)

### **3.2 Qual (is) dificuldade (s) no encontro com o seu paciente?**

Sete “unidades de sentido” foram abordadas para caracterizar as dificuldades encontradas no encontro com o paciente, foram elas: (a) Limitações de Acesso à Saúde; (b) Comunicação Ineficaz; (c) Inseguranças do médico-assistente; (d) Pacientes Difíceis; (e) Expectativa do Paciente; (f) Carga Excessiva de Trabalho; (g) Abordar Assuntos Delicados. A, B, C e/ou D foram utilizadas por ambos os grupos, a unidade E foi utilizado apenas pelo Grupo Balint e F e/ou G apenas pelo Grupo Controle.

**- As “Limitações de Acesso à Saúde”; a “Comunicação Ineficaz”; as “Inseguranças do médico-assistente”; e/ou os “Pacientes Difíceis”.**

A maioria dos participantes de ambos os grupos descreveram suas dificuldades no encontro com o seu paciente como o que consta dentro dessas quatro “unidades de sentido”.

**(a) Limitações de Acesso à Saúde.** São as dificuldades encontradas para cuidar do paciente, tal como a infraestrutura do Sistema Único de Saúde (SUS), as condições de trabalho impostas aos profissionais para atender seus pacientes, a dificuldade da continuidade do cuidado, bem como agendamento de consultas, marcação e disponibilidade de exames complementares, ausência de medicações etc., condições como estas são entraves para o sucesso do cuidado integral do paciente.

“Na maior parte dos lugares o paciente fica com dificuldade de acesso e com péssimo atendimento pela lotação. A quantidade de pacientes é maior do que o sistema suporta. Então, precisaríamos de mais médicos, de mais infraestrutura, mais consultas ambulatoriais. Agora com o Covid cirurgias eletivas estão atrasadas e acaba precisando ir para as emergências para tratar a sintomatologia de uma coisa que não tem como ser tratada na emergência e nem tem como ser encaminhada. A maior dificuldade

é isso, superlotação, falta de atendimento, equipamentos para exame, dificuldade para realização de exames, esse é o mais difícil...” (Feminino, Grupo Controle, 9º-12º período)

**(b) Comunicação Ineficaz.** O que é essencial não deixa de ser uma dificuldade encontrada. A comunicação ineficaz é a dificuldade de pôr em prática a comunicação efetiva, seja por dispersão, seja por inabilidade oratória, ou por não conseguir passar uma mensagem numa linguagem na qual o paciente entenda seu processo de adoecimento ou a sua doença em si, ou seja, é a comunicação técnica não didática proferida pelo médico-assistente.

“A linguagem. Existe alguns tipos de abordagem: posso nem olhar para o paciente e já escrever tudo; posso falar o que ele precisa ouvir; ou posso explicar absolutamente tudo e isso fazer com que a consulta fique demorada e com que ele não saiba filtrar o que precisa reter. As vezes tenho dificuldade nesse limbo do conseguir filtrar o que ele precisa saber e de explicar tudo. Eu procuro sempre explicar, mas eu nunca sei se estou deixando de falar algo importante... sempre tenho a intenção de fazê-lo sentir-se bem. E as vezes não sei se estou falando numa linguagem muito popular – ele vai achar que eu não sou uma médica preparada; ou falar numa linguagem muito rebuscada e ele não me entender...” (Feminino, Balint, 9º-12º período)

“Minha maior dificuldade é a falta de clareza das duas partes. Nós médicos sofremos ao passo que o paciente também sofre quando a gente não é claro na hora de passar as informações. Isso é o necessário para se estabelecer uma boa conversa, então isso para mim é o que mais dificulta o atendimento. Tentar adaptar minha conversa assim como minha escuta...” (Masculino, Controle, 9º-12º período)

**(c) Inseguranças do médico-assistente.** Essa “unidade de sentido” diz respeito as inseguranças do profissional, na dificuldade de lidar com as próprias inseguranças teóricas, com condições precárias de trabalho, com a hierarquia dentro do serviço, com as próprias ansiedades e medos etc., essas são dificuldades que interferem no bom vínculo com o paciente.

“Minha maior dificuldade é ter a sensação de que estou mal preparado para atendê-lo”. (Masculino, Balint, 4º-8º período)

**(d) Pacientes Difíceis.** É quando os pacientes não se permitem ter uma relação pautada na confiança, não são colaborativos, não reconhecem ou não aceitam sua condição, não acham que estão doentes, são resistentes ao tratamento e não acreditam na qualificação da equipe de saúde que o atende. Essa “unidade de sentido” também é caracterizada como: pacientes que vão a uma consulta com uma finalidade, por exemplo um atestado médico, medicamentos, solicitação de exames.

“...lidar com pacientes não colaborativos, que têm um desrespeito nessa relação, que não respeitam o profissional... pacientes que já no primeiro encontro têm uma visão distorcida do papel do médico, acha que a gente está ali para passar um remédio, passar um atestado e só, têm essa simplificação da prática médica...” (Masculino, Controle, 4º-8º período)

#### - A “Expectativa do Paciente”.

**(e) Expectativa do Paciente.** Esta “unidade de sentido” reúne as dificuldades de lidar com as angústias do paciente, com o seu sofrimento pelo adoecimento e com a vontade de melhorar rapidamente.

“É lidar com a expectativa que ele cria, como se eu fosse dar a ele o que ele quer na hora, quando muitas vezes você está ali seguindo o protocolo médico e não para solicitar o que ele quer. Então, é lidar com as expectativas e angústias do paciente, com o próprio sofrimento pelo adoecimento dele e com as mãos atadas por não atender as demandas do paciente a nível SUS”. (Feminino, Balint, 9º-12º período).

#### - A “Carga Excessiva de Trabalho”; e/ou “Abordar Assuntos Delicados”.

**(f) Carga Excessiva de Trabalho.** Se resume a como funciona a saúde brasileira, exigindo produtividade e cobrança por número de cirurgias e atendimentos, deixando de lado a qualidade, querendo produtividade, transformando a medicina em comércio. Não importa a qualidade do atendimento, mas sim a quantidade de atendimentos. Mercantilização da medicina. Isso tudo dificulta o trabalho do profissional de saúde, assim como nivela por baixo o atendimento centrado no paciente.



“Uma das principais dificuldades é o como nossos serviços funcionam. As vezes não é culpa nem do médico nem do paciente, mas aquela própria carga excessiva de trabalho, aquela cobrança pela produtividade de cirurgias e atendimentos. Então, eu acho que seria essa rotina que o médico tem. Mas, eu nem culpo o profissional por isso, que as vezes ele acaba não dando tanta atenção quanto merecida ao paciente, mas eu acho que é uma das principais dificuldades. Se houvesse um tempo melhor, uma rotina menos desgastante para o médico, poderia ser mais proveitoso para ambos os lados. Acaba virando uma bola de neve – você não tem tempo e trata mal seu paciente. Claro que não é motivo, porém eu também vejo por esse lado.” (Masculino, Controle, 4º-8º período)

**(g) Abordar Assuntos Delicados.** A dificuldade no encontro com o paciente sendo dar notícias difíceis, abordar temas como sexualidade, informar um prognóstico ruim, contar a familiares que seu parente faleceu.

“...a dificuldade seria de dar notícias difíceis, ainda não me sinto pronta para passar para uma pessoa uma notícia ruim seja de uma doença terminal ou falecimento. Me traz uma carga emocional muito grande. Então é uma das dificuldades que encontro. Além disso, abordar o tema “sexualidade” me gera constrangimento”. (Feminino, Controle, 4º-8º período)

### 3.3 Quando você pode afirmar que o encontro com seu paciente foi bem-sucedido?

Três “unidades de sentido” foram utilizadas por ambos os grupos para exemplificar quando o encontro com o paciente foi bem-sucedido: (a) Entendimento do Processo saúde-doença; (b) Contribuição Médica; (c) Gratidão do Paciente.

#### - O “Entendimento do Processo saúde-doença”; a “Contribuição Médica”; e/ou “Gratidão do Paciente”.

A maioria dos participantes de ambos os grupos descreveram o seu sucesso no encontro com o paciente como o que consta dentro dessas três “unidades de sentido”.

**(a) Entendimento do Processo saúde-doença.** O resumo desta “unidade de sentido” tem relação com o entendimento do paciente perante o processo de adoecimento, ou seja, é quando o médico estabelece uma comunicação efetiva com o paciente e existe o entendimento do porquê do adoecimento. Além disso, existe a participação ativa do paciente na consulta, colaborando para a proposta terapêutica e consequentemente existe maior adesão, sucesso do tratamento e melhora da saúde global do indivíduo, apesar das deficiências inatas do sistema de saúde.

“...Quando o paciente sente-se confortável no encontro com o médico, compreende a consulta, participa dela como sujeito ativo no processo saúde-doença, quando a comunicação é bem feita tanto para o médico quanto para o paciente, quando o paciente compartilha com o médico as escolhas sobre a sua saúde, quando o paciente faz adesão ao tratamento proposto... Além disso, o encontro é bem sucedido quando há uma boa anamnese, um bom exame físico, quando o médico escuta o paciente e o enxerga de forma holística, ele acolhe o paciente e o acolhe dentro da sua realidade, não só de maneira física, mas também mental e social... Acredito que esse encontro é bem-sucedido quando você consegue estabelecer um plano terapêutico singular condizente com a realidade do paciente... quando o médico visa não somente o diagnóstico ou o tratamento de certa patologia, mas também quando ele pensa na promoção de saúde de forma contínua do paciente, a fim de proporcionar uma melhor qualidade de vida para ele.” (Feminino, Balint, 9º-12º período)

**(b) Contribuição Médica.** É quando o médico-assistente tem o sentimento de que contribuiu para o cuidado do seu paciente de alguma forma.

“Quando o paciente sai melhor depois do encontro, mesmo que não tenha sido algo para resolver uma queixa, mas perceber que o paciente está um pouco mais confiante, mais tranquilo, aliviado, ou melhor em qualquer aspecto... isso é o que posso afirmar que o encontro foi bem-sucedido ‘quando o paciente sai pelo menos um pouco melhor da consulta, daquele momento’.” (Feminino, Controle, 4º-8º período)

**(c) Gratidão do Paciente.** Gratidão é um sentimento de reconhecimento, uma emoção por saber que uma pessoa fez uma boa ação, um auxílio, em favor de outra. Gratidão é uma espécie de dívida, é querer agradecer a outra pessoa por ter feito algo muito benéfico para ela. Pressupõe-se que o sucesso do atendimento seja alcançado quando o paciente deixa um gesto de gratidão ao final dele.

“Quando ele agradece no final, diz que gostou da consulta, um simples ‘deus te abençoe doutora’, pequenos gestos que demonstram que o paciente gostou de ser bem atendido. No momento em que vivemos é difícil interpretar o paciente por debaixo de uma máscara. Antes eu percebia pela feição da pessoa. Mas hoje consigo sentir pelo que é dito ao final da consulta... sempre procuro perguntar, pois quando uma pessoa sai calada, sem falar muito, já me preocupo se ela entendeu tudo da consulta.” (Feminino, Balint, 9º-12º período)

Segundo Chen et al., 2012 um declínio na experiência empática tem sido observado à medida em que transcorre o curso médico. Além disso, é percebido que as formas de se relacionar com o doente seguem uma tendência biomédica, que é mais simples e impessoal, em detrimento a modelos biopsicossociais, mais complexos, com mais demanda emocional e tendo como foco o doente e não a doença. O Grupo Balint propõe analisar e discutir, a partir de casos reais e pessoais dos participantes, as dificuldades de interação com o paciente, visando um atendimento centrado no doente. Na Unicap, também existem outros projetos de extensão que mesmo com toda a carga teórica, como nas Ligas Acadêmicas, também demonstram, a partir dos resultados, uma tendência mais humanística e integral do encontro médico-paciente. O curso médico da Unicap desde os primeiros períodos proporciona aos seus acadêmicos o estudo e reflexão do atendimento humanizado, a partir de exemplos práticos com preceptores médicos humanos e discussões em grupo. Portanto, a participação nos grupos Balint, assim como em demais projetos de extensão da Unicap são facilitadores do atendimento centrado na pessoa doente, percebe-se que a semelhança no discurso dos participantes do estudo diante dos questionamentos, mesmo que tenham tido pequenas diferenças na maneira de caracterização, demonstra que a visão da doença, do doente e da relação com este é saudável, objetivando sempre uma boa relação médico-paciente e o atendimento centrado no doente e não na doença.

#### 4. Conclusão

Os resultados do presente estudo fornecem informações sobre a avaliação da importância e qualidade da experiência da relação médico-paciente entre estudantes de medicina e médicos formados da Universidade Católica de Pernambuco (Unicap), utilizando a participação nos grupos Balint como facilitador do desenvolvimento da atitude centrada na pessoa doente no contexto da relação médico-paciente. Participantes avaliaram seu encontro com o paciente de maneiras qualitativamente diferentes. No entanto, percebe-se, a partir das entrevistas, semelhanças entre os grupos, que apresentam uma visão otimista no que se refere ao cuidado humano e integral do seu paciente mesmo que com abordagens diferentes, demonstrando que o curso médico da Unicap proporciona aos seus acadêmicos uma visão da doença, do doente e da relação com este de maneira saudável, objetivando sempre uma boa relação médico-paciente e o atendimento centrado no doente e não na doença.

O campo de estudo nesse cenário é realmente vasto. É preciso investigar a relação do médico como um todo, justamente para entender no que isso pode influenciar de uma forma geral na manutenção da saúde do paciente. Portanto, sugerimos que novos estudos sejam realizados, como a identificação e comparação com outras instituições universitárias que possuam grupos Balint, levantando-se como a experiência no grupo está contribuindo para a sua formação acadêmica. Além disso, investigar também a relação do médico com outros profissionais da saúde no serviço que estão à disposição do doente e que também participam do processo de cura e cuidado, pondo em xeque a abordagem multiprofissional e investigando quais são os impactos positivos que uma boa relação entre médicos e demais profissionais podem causar durante o tratamento com um indivíduo enfermo. Tudo isso com o objetivo de demonstrar a importância da boa relação médico-paciente no contexto saúde-doença.

## Referências

- Airagnes, G., Consoli, S. M., De Morlhon, O., Galliot, A.-M., Lemogne, C., & Jaury, P. (2014). Appropriate training based on Balint groups can improve the empathic abilities of medical students: A preliminary study. *Journal of Psychosomatic Research*, 76(5), 426–429. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2014.03.005>
- Balint, M. (1975). O Médico, seu Paciente e a Doença. *Rio de Janeiro: Atheneu*.
- Celich, K. L. S., Anjos, É. dos, Souza, J. B. de, Zenevich, L. T., Souza, S. S. de, Silva, T. G. da, Pauli, M. E. de, & Conceição, V. M. da. (2021). Humanização no Atendimento de Urgência e Emergência: Olhar da enfermagem à luz da fenomenologia. *Research, Society and Development*, 10(9), e54110918252–e54110918252. <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i9.18252>
- Chen, D. C. R., Kirshenbaum, D. S., Yan, J., Kirshenbaum, E., & Aseltine, R. H. (2012). Characterizing changes in student empathy throughout medical school. *Medical Teacher*, 34(4), 305–311. <https://doi.org/10.3109/0142159X.2012.644600>
- Cuff, B. M. P., Brown, S. J., Taylor, L., & Howat, D. J. (2016). Empathy: A Review of the Concept. *Emotion Review*, 8(2), 144–153. <https://doi.org/10.1177/1754073914558466>
- Dall'alba, G. (1998). Medical Practice as Characterised by Beginning Medical Students. *Advances in Health Sciences Education*, 3(2), 101–118. <https://doi.org/10.1023/A:1009783602925>
- Drolet, B. C., & Rodgers, S. (2010). A Comprehensive Medical Student Wellness Program—Design and Implementation at Vanderbilt School of Medicine. *Academic Medicine*, 85(1), 103–110. <https://doi.org/10.1097/ACM.0b013e3181c46963>
- Flatten, G., Möller, H., Aden, J., & Tschuschke, V. (2017). [Designing the doctor-patient relationship]. *Zeitschrift Fur Psychosomatische Medizin Und Psychotherapie*, 63(3), 267–279. <https://doi.org/10.13109/zptm.2017.63.3.267>
- Giorgi, A., Giorgi, B., & Morley, J. (2017). The Descriptive Phenomenological Psychological Method. In *The SAGE Handbook of Qualitative Research in Psychology* (p. 176–192). SAGE Publications Ltd. <https://doi.org/10.4135/9781526405555>
- Holmström, I., Halford, C., & Rosenqvist, U. (2003). Swedish health care professionals' diverse understandings of diabetes care. *Patient Education and Counseling*, 51(1), 53–58. [https://doi.org/10.1016/s0738-3991\(02\)00212-4](https://doi.org/10.1016/s0738-3991(02)00212-4)
- Kjeldmand, D. (2006). *The Doctor, the Task and the Group: Balint Groups as a Means of Developing New Understanding in the Physician-Patient Relationship*. <http://urn.kb.se/resolve?urn=urn:nbn:se:uu:diva-6937>
- Larsson, J., Holmström, I., & Rosenqvist, U. (2003). Professional artist, good Samaritan, servant and co-ordinator: Four ways of understanding the anaesthetist's work. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica*, 47(7), 787–793. <https://doi.org/10.1034/j.1399-6576.2003.00151.x>
- Lemogne, C., Buffel du Vaure, C., Hoertel, N., Catu-Pinault, A., Limosin, F., Ghasarossian, C., Le Jeune, C., & Jaury, P. (2020). Balint groups and narrative medicine compared to a control condition in promoting students' empathy. *BMC Medical Education*, 20(1), 412. <https://doi.org/10.1186/s12909-020-02316-w>
- Lima, L. P. de, Lima, M. A. C. de, Borges, D. G. V. M., Segundo, J. L. da S., Fraga, P. H. B. de, Silva, R. V. de L. e, Menezes, V. M. de, & Souza, M. B. R. de. (2021). Síndrome de Burnout em acadêmicos de Medicina. *Research, Society and Development*, 10(5), e15210514697–e15210514697. <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i5.14697>
- Ludwig, A. B., Burton, W., Weingarten, J., Milan, F., Myers, D. C., & Kligler, B. (2015). Depression and stress amongst undergraduate medical students. *BMC Medical Education*, 15(1), 141. <https://doi.org/10.1186/s12909-015-0425-z>
- McManus, I., Keeling, A., & Paice, E. (2004). Stress, burnout and doctors' attitudes to work are determined by personality and learning style: A twelve year longitudinal study of UK medical graduates. *BMC Medicine*, 2(1), 29. <https://doi.org/10.1186/1741-7015-2-29>
- Pacheco, J. P., Giacomin, H. T., Tam, W. W., Ribeiro, T. B., Arab, C., Bezerra, I. M., & Pinasco, G. C. (2017). Mental health problems among medical students in Brazil: A systematic review and meta-analysis. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 39(4), 369–378. <https://doi.org/10.1590/1516-4446-2017-2223>
- Player, M., Freedy, J. R., Diaz, V., Brock, C., Chessman, A., Thiedke, C., & Johnson, A. (2018). The role of Balint group training in the professional and personal development of family medicine residents. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 53(1–2), 24–38. <https://doi.org/10.1177/0091217417745289>
- Salter, E., Hayes, A., Hart, R., Orrell, R.-A., Jameson, J., Knight, C., Pickhaver, J., & Baverstock, A. (2020). Balint groups with junior doctors: A systematic review. *Psychoanalytic Psychotherapy*, 34(3), 184–204. <https://doi.org/10.1080/02668734.2020.1852593>
- Unicap (2013). Projeto Pedagógico do Curso de Graduação em Medicina. P.-R. *Acadêmica*. Recife: 634.
- Van Roy, K., Vanheule, S., & Inslegers, R. (2015). Research on Balint groups: A literature review. *Patient Education and Counseling*, 98(6), 685–694. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2015.01.014>
- Yahyavi, S. T., Amini, M., & Sheikhoonesi, F. (2020). Psychiatric residents' experience about Balint groups: A qualitative study using phenomenological approach in Iran. *Journal of Advances in Medical Education & Professionalism*, 8(3), 134–139. <https://doi.org/10.30476/jamp.2020.85161.1164>
- Yazdankhahfard, M., Haghani, F., & Omid, A. (2019). The Balint group and its application in medical education: A systematic review. *Journal of Education and Health Promotion*, 8, 124. [https://doi.org/10.4103/jehp.jehp\\_423\\_18](https://doi.org/10.4103/jehp.jehp_423_18)