

Reflexões sobre o processo ensino-aprendizagem da relação médico-paciente

Rita Francis Gonzalez y Rodrigues Branco ¹

Resumo

O texto aborda o processo ensino-aprendizagem da relação médico-paciente considerando o novo paradigma do ensino médico, as Diretrizes Curriculares Nacionais. Argumenta a respeito da necessidade de formação ampla, que inclua áreas afins como filosofia, bioética, teologia e sociologia. Aponta para a necessidade do ensino-aprendizagem destacando o respeito à alteridade e à autonomia, procurando refletir sobre o processo teoria/prática em relação a esses conteúdos no viver dos estudantes de medicina. Também procura enfocar modelos explicativos, leigos e médicos, discorrendo a respeito da necessidade de lidar de forma harmoniosa com as diferenças. Por fim, apresenta a teoria de Balint e suas categorias, que ampliam a compreensão do processo saúde-doença do paciente, bem como examina o necessário desenvolvimento da inteligência emocional do estudante de medicina. O texto intenta pautar a reflexão dos profissionais que, de alguma forma, influenciam a formação de futuros médicos.

Palavras-chave: Educação médica. Terapia psicanalítica. Humanização da assistência.

Resumen

Reflexiones sobre el proceso de enseñanza-aprendizaje de la relación médico-paciente

El texto aborda el proceso enseñanza-aprendizaje de la relación médico paciente considerando el nuevo paradigma de la enseñanza médica: las Directrices Curriculares Nacionales. Argumenta respecto la necesidad de formación amplia, que incluya áreas afines como filosofía, bioética, teología y sociología. Apunta hacia la necesidad de la enseñanza/aprendizaje destacando el respeto a la alteridad y a la autonomía, buscando reflejar sobre el proceso teoría/práctica en relación a esos contenidos en la vivencia de los estudiantes de medicina. Asimismo, busca enfocar modelos explicativos, legos y médicos, disertando acerca de la necesidad de lidiar de forma armoniosa con las diferencias. Por fin, presenta la Teoría de Balint y sus categorías, que amplían la comprensión del proceso salud-enfermedad del paciente, así como examina el necesario desarrollo de la inteligencia emocional del estudiante de medicina. El texto intenta pautar la reflexión de los profesionales que, de alguna forma, influencian la formación de futuros médicos.

Palabras-clave: Educación médica. Terapia psicoanalítica. Humanización de la atención.

Abstract

Reflections on the teaching/learning process of the physician-patient relationship

The paper addresses the teaching/learning process of the physician-patient relationship considering the new medical education paradigm, the National Curriculum Guidelines. It argues about the need for extensive training, including related fields such as philosophy, bioethics, theology, and sociology. It points toward the necessity of teaching/learning, highlighting respect for otherness and autonomy, seeking to reflect on the theory/practice process related to this content into the living of medical students. It also aims to focus on explanatory models, laymen and physicians, discoursing about the need to deal harmoniously with differences. Finally, it presents the Balint's theory and its categories, which expand the understanding of patient's health/illness process, as well as it analyzes the needed development of medical students' emotional intelligence. The text attempts to observe the reflection of professionals who, somehow, influence the formation of future physicians.

Key words: Education, medical. Psychoanalytic therapy. Humanization of assistance.

1. **Doutora** rfbanco@terra.com.br – Pontifícia Universidade Católica de Goiás (PUC/Goiás), Goiânia/GO, Brasil.

Correspondência

Rua 55 esquina com Rua 61, nº 60 aptº 201, Ed. Fraternité, Jardim Goiás CEP 74810-230. Goiânia/GO, Brasil.

Declara não haver conflito de interesse.

Toda escola superior deveria oferecer aulas de filosofia e história. Assim fugiríamos da figura do especialista e ganharíamos profissionais capacitados a conversar sobre a vida

Oscar Niemeyer

O processo ensino-aprendizagem da medicina prevê o desenvolvimento de conhecimentos, habilidades e atitudes técnico-humanistas para a formação do médico capaz não apenas de tratar doenças, mas, sobretudo, de conhecer os pacientes, contextualizados em seu viver e, assim, desenvolver a promoção da saúde na comunidade, prevenir agravos à saúde coletiva, bem como tratar pessoas em processo de adoecimento, podendo reabilitá-las para nova maneira de *ser no mundo*. Esta é a visão atual do *fazer médico*, posta nas Diretrizes Curriculares Nacionais ¹ para o curso de graduação em Medicina, propostas pelo Ministério da Educação (MEC).

As transformações sociais impostas neste século XXI modificaram a essência da relação médico-paciente tradicional, antes baseada apenas em atitudes educadas, boas maneiras e conhecimento (nem sempre profundo) dos princípios éticos. Na contemporaneidade, o aprendizado da delicada relação entre o profissional e o paciente engloba conhecimentos básicos das ciências humanas (sociologia, antropologia, filosofia, psicologia etc.) e de teorias que embasam a própria relação médico-paciente, bem como a compreensão e desenvolvimento da inteligência emocional do estudante de medicina e o treinamento de habilidades de comunicação.

Conhecimentos básicos das ciências humanas

O sociólogo Paulo Henrique Martins ², na obra *Contra a desumanização da medicina: crítica sociológica das práticas médicas modernas*, aponta claramente a compreensão sociológica do adoecimento: *A experiência do sofrimento na relação concreta da cura prova que a medicina é tipicamente uma expressão do social, que se revela, ao mesmo tempo, no plano do simbólico e do material, do que oferece os bens de cura e do que devolve os males da doença. De fato, a ideia da medicina como um fenômeno social total, ancorado primeiramente na circulação de dons entre sujeitos (troca de sofrimen-*

tos por bens de cura), permite entender-se que as mudanças em curso, tanto no plano institucional como nos modelos de gestão de saúde, são precedidas por transformações nas práticas concretas de cura da doença ³.

O que Martins ² afirma é que a medicina é um fenômeno social e como tal deve ser apreendida. A história da medicina, desde a Antiguidade, mostra que o cuidado de curar o *outro* teve início com ritos espirituais, transitando pela filosofia e chegando ao século XVII frente a novo paradigma: a ciência. A ruptura que surge a partir da apreensão da ciência pela medicina desgasta a relação humana que permeava o contato entre o paciente (aquele que solicitava a cura de seu mal) e o médico (o curador).

Com o passar dos anos, a ciência dura, pragmática e positivista afastou-se definitivamente dos conhecimentos da área de humanidades. Martins analisa: *Segundo professam os cânones médicos dominantes, fatores ligados ao doente (problemas familiares ou no trabalho, dificuldades econômicas etc.) não devem, absolutamente, contaminar as etapas de diagnóstico e prognóstico. É uma crença fundamental do método anatomo-clínico de que apenas o sintoma físico seja considerado* ⁴.

A percepção de que a ciência médica, apenas, não explica o processo de adoecimento humano tem levado os profissionais a repensar a relação médico-paciente procurando resgatar os conhecimentos das ciências humanas. O próprio Sistema Único de Saúde (SUS) tem percebido a necessidade de modificar a atuação do médico. A Política Nacional de Humanização (PNH) é hoje uma política de Estado que garante o atendimento centrado no doente, buscando formas de compreendê-lo em sua realidade social.

A filosofia é um dos pilares mais importantes da relação médico-paciente. A ética, área do conhecimento filosófico, é a pedra angular da relação entre o curador (médico) e aquele que busca a cura (paciente). Da ética surgiu, no século XX, um campo de conhecimentos específicos denominado bioética, ou seja, *a ética do ser vivo*, muito especificamente *a ética do ser humano*. Na atualidade, não mais se pode pensar a relação médico-paciente sem considerar as referências bioéticas, especialmente as originadas da teoria principialista proposta por Beauchamp

e Chidress⁵. A *beneficência* (buscar fazer sempre o bem para o paciente), a *não maleficência* (não fazer nada de mal ao paciente) e a *justiça* (fazer o que é justo, independente de fatores socioeconômicos, emocionais etc.) são inerentes ao ato médico. Além desses princípios, que desde Hipócrates orientam a prática médica, a bioética principialista acrescentou o *respeito à autonomia* (permitir que o paciente decida sobre o tratamento, aceitando-o ou não, após o devido esclarecimento).

Se a beneficência e não maleficência, tal como propostas pela bioética, são perfeitamente compreensíveis na prática clínica, quer na dimensão puramente técnica ou na relacional, a ideia de justiça em bioética não é, igualmente, de fácil compreensão ou aplicação, haja vista que implica considerar princípios de justiça social no acesso à saúde e no atendimento ao paciente. Para Beauchamp e Chidress, a justiça é entendida como *justiça distributiva*, a qual se relaciona a uma distribuição igual, equitativa e apropriada na sociedade⁵.

A justiça deve ser apreendida como uma atitude fundamental ao atendimento médico. Se ao examinar o paciente o profissional precisa levar em conta o gênero, a cor, as questões morais, sociais e, em alguns casos, até a opção religiosa, é imprescindível que esses fatores, determinantes para o diagnóstico, não sejam tomados como elementos para discriminá-lo negativamente. Tratar o paciente com justiça é, portanto, o exercício necessário para garantir a atitude ética do futuro médico e, sobretudo, permitir que o estudante respeite a dignidade humana pautada nos direitos humanos.

Hoje, a justiça é o pilar da equidade, que por sua vez torna-se base epistemológica do atendimento médico. Embora do ponto de vista etimológico a palavra equidade se aproxime de igualdade, existe um dado primordial que as diferencia. De fato, idealmente, o atendimento do paciente deveria ser igual se as pessoas fossem iguais. No entanto, elas não são exatamente iguais, anatômica ou fisiologicamente, em função do sexo, idade e das predisposições relacionadas à cor e etnia. Além disso, é amplamente sabido que também há desigualdades sociais que atuam como fatores predisponentes ao adoecimento. Por isso, a equidade é conceitualmente vista como *dar de forma desigual aos desiguais*, na tentativa de

oferecer oportunidades semelhantes para toda a sociedade⁶. Embora a equidade seja frequentemente discutida no pensar a saúde pública (por meio do SUS), tal valor deve fazer parte do atendimento ao paciente em qualquer forma de acesso, público ou privado, mediado ou não por seguros-saúde ou cooperativas médicas.

Outro princípio bioético fundamental no atendimento médico é a compreensão da *autonomia* do paciente. Não há muito, o médico assumia posturas autoritárias sob o argumento de que, sendo médico, sabia o que era melhor para o paciente – e este deveria lhe obedecer. Hodiernamente, o respeito pela autonomia do paciente coloca o médico no lugar daquele que, de fato, detém o conhecimento e, por isso, deve esclarecê-lo acerca da melhor alternativa para tratamento. No entanto, o médico não pode obrigar o paciente a aceitar o tratamento proposto, haja vista que a autonomia permite ao mesmo o direito legal de negá-lo. Assim sendo, o respeito à autonomia é atitude que deve ser apreendida desde cedo no processo de formação dos estudantes de medicina.

Além desses princípios bioéticos, outros valores são cada vez mais necessários no cotidiano profissional, como o *respeito à alteridade* (respeitar a diferença no outro) e o *sigilo* (respeitar o segredo sobre as informações do paciente).

O sigilo deve ser desenvolvido desde o início do curso médico, orientando-se os estudantes a não conversar sobre os *casos* de pacientes com familiares, namorados, amigos na cantina da faculdade ou, inclusive, em reuniões sociais. Casos clínicos, quando discutidos em sessões específicas, devem preservar o sigilo mediante artifícios próprios, como utilizar apenas as iniciais em lugar do nome do paciente ou, mesmo, evitar dados que permitam sua identificação. Deve-se lembrar, sempre, que em uma discussão de caso clínico todos os profissionais participantes estão submetidos ao dever do sigilo.

A *alteridade* é descrita como valor bioético fundamental, pois tanto o estudante como o médico precisam respeitar o *outro* em sua diversidade. Se não se pode excluir ou discriminar o outro por sua diferença, também não se pode igualar a todos, ignorando-se a diversidade humana que impõe grande riqueza de possibilidades de *estar no mundo*.

Ações afirmativas, como movimentos de *gays*, lésbicas e simpatizantes, por exemplo, têm chamado a atenção da sociedade para o respeito à alteridade.

A teologia, não no sentido catequético, mas no da espiritualidade, bem como a antropologia, vêm ampliar o campo de conhecimentos da relação médico-paciente nos dias atuais. Ultimamente, têm surgido vários métodos alternativos de tratamento para as mais diversas doenças. Alguns deles, advindos da medicina oriental, são aceitos e considerados científicos pela comunidade médica; outros se restringem ao campo da experiência vivida ou da vivência espiritual (dimensão simbólica) de cada paciente. Os médicos, muitas vezes, se veem em situação de enfrentamento com posições dogmáticas religiosas ou mesmo cura sem explicação científica.

Autores das ciências das religiões têm apontado a busca de alternativas aos tratamentos médicos tradicionais como fenômeno social e antropológico que precisa ser reconhecido pelos médicos em geral. Martins ² sinaliza para os chamados sistemas médicos de cura: *Em sistemas médicos de cura estão classificados os principais sistemas instalados ou em instalação nesse momento da transformação da medicina moderna, a saber, os sistemas bioorgânicos, cuja versão mais conhecida é o alopático, que é a base do método anatomoclínico adotado pela medicina oficial; mas não podemos esquecer a outra versão conhecida da medicina bioorgânica, a homeopatia. Um segundo conjunto é o dos sistemas biopsíquicos, que ganharam destaque com a psicanálise de Freud. Os sistemas populares são aqueles que se desenvolvem fora da medicina oficial* ⁷.

O autor cita, dentre os chamados *sistemas populares de cura*, a vulgarização e o consumo arbitrário de antibióticos (automedicação), o uso de chás e de remédios caseiros. E adicionalmente, os *sistemas xamânicos* que participam do processo de constituição das sociedades, sistemas esses, mágico-religiosos, que buscam a cura por meio de rituais e tradições religiosas. Respeitar a diversidade cultural relacionada à espiritualidade é uma das atuais primícias da relação médico-paciente.

Buscando alcançar esse respeito, na Estratégia de Saúde da Família procura-se fazer parcerias com as lideranças comunitárias e, principalmente, com as

religiosas. Se a equipe do Programa Saúde da Família (PSF) puder contar com a colaboração dos líderes religiosos para as campanhas de promoção da saúde e prevenção de doenças, certamente as metas serão atingidas com mais efetividade. Também a adesão ao tratamento médico precisa ser garantida, respeitando-se as posições dos pacientes frente aos dogmas de suas religiões. Exemplos importantes, como a presença de membros Testemunhas de Jeová em comitês de ética de hospitais públicos, têm sido considerados como grande avanço no campo profissional da saúde.

A aquisição contínua de conhecimentos da área de ciências sociais cada vez mais capacitará os estudantes e médicos a compreender, de fato, seus pacientes de forma biopsicossocial e espiritual e, com isso, ampliar a relação com os mesmos e promover uma medicina de cunho social, contemplando as propostas das Diretrizes Curriculares Nacionais ¹ para o curso de medicina.

Teorias que embasam a relação médico-paciente

Para discutir as teorias que dão sustentação ao campo de conhecimentos acerca da relação médico-paciente, há necessidade de anterior reflexão sobre o processo saúde-doença, pois *o que está em jogo é um novo entendimento da doença, não como uma anormalidade indesejável que atinge o indivíduo, mas a doença como o sintoma necessário e total de uma sociedade no movimento pela organização de suas funções complexas e paradoxais, movimento que atravessa os indivíduos e as instituições que dele fazem parte* ⁸.

Assim, não existem doenças isoladas, mas pessoas em processo de adoecimento: pessoas que estão vivas, inseridas em um contexto histórico, e que fazem parte de uma sociedade. A pessoa que adoce o faz em pleno processo do viver, do *estar no mundo*; adoce mergulhada no próprio cotidiano. O adoecer é constituído de múltiplas questões que abrangem o sujeito em suas várias dimensões: sua atuação no mundo do trabalho, seu processo de aquisição de conhecimentos (vida escolar), suas vivências existenciais e afetivas, suas crenças e mitos ⁹.

Não se trata de desqualificar os conhecimentos da epidemiologia, mas, sobretudo, de ampliá-los

de forma a apreender a doença como movimento existencial e histórico-social e, portanto, modificador do ser humano em seu contexto de vida. Nesse aspecto, a pessoa que adoece deve ser compreendida de forma sistêmica e complexa: é um ser histórico, social, afetivo, emocional, existencial e biológico, pois sobretudo humano.

A partir desse novo e ampliado conceito biopsicossocial do processo dialético saúde-adoecimento, a Organização Mundial da Saúde (OMS) passou a considerar a própria saúde como *equilíbrio*, que reporta ao bem-estar físico, psíquico e social. No momento, considera-se que o espaço social em que a pessoa se encontra é também fator preponderante de seu processo de adoecimento, haja vista que a *saúde tem muito a ver com água encanada e tratada, esgoto, controle de poluição, alimentação, habitação, lazer, imunização contra doenças transmissíveis, controle de endemias, fiscalização e controle de qualidade dos alimentos, melhoria de condições ambientais etc*¹⁰.

Em paralelo, o adoecer é também considerado como possibilidade vivencial frente a difíceis situações de enfrentamento do cotidiano em um mundo caótico e globalizado, em constantes transformações, o que amplia ainda mais a compreensão sócio-histórica deste complexo processo: *Sobretudo como resultado da formação das megalópoles, grande número de pessoas perdeu suas raízes e conexões, as famílias numerosas tendem a desaparecer, e o indivíduo se separa cada vez mais e se isola. Cada vez mais acentuadamente se vê reduzido a seus próprios recursos. Em estados de perturbação, especialmente se a tensão aumenta, uma possível e muito frequentemente usada válvula de escape consiste em consultar seu médico e queixar-se*¹¹.

Atualmente, sabe-se que transtornos sociais e/ou ambientais desencadeiam situações de instabilidade psíquica (ansiedade) que promovem alterações biológicas, podendo desenvolver estados patológicos (de doenças) como dor crônica e transtornos mentais. A própria experiência corporal tem relação com os transtornos sociais e afetivos, propiciando vivências de adoecimento e, muitas vezes, agressão ao próprio corpo, como no caso das dependências químicas, uso abusivo de *piercings* e tatuagens.

O processo de adoecimento, e mesmo de morte, é mediado por substâncias químicas que têm sua produção e distribuição, dentre as células, desencadeadas por questões psicossociais para além da questão genética pura e simples. Em recente tese de doutoramento, Nepomuceno¹² demonstrou os efeitos dos radicais livres no processo de envelhecimento e de formação da aterosclerose e, portanto, de morte, salientando a complexidade que permeia o processo saúde-doença e o contexto social. Daí a necessidade de um equilíbrio biopsicossocial para que se obtenha um processo de cura ou de melhora do quadro clínico.

O conhecimento de toda essa complexidade humana faz com que o profissional médico precise se capacitar para desenvolver uma boa relação com o seu paciente. Freud, com a magnífica descoberta do inconsciente, apresentou novo campo de saberes aos médicos, propiciando profundo conhecimento da vida psíquica.

Ao descrever os movimentos transferenciais, Freud¹³ deixou claro o que acontece com o paciente (e com o médico) no encontro clínico. Ao encontrar-se com o médico, o paciente desenvolve sentimentos e emoções em relação a este que advêm de suas vivências mais íntimas, de períodos longínquos (geralmente a infância) e que são inconscientes. Tais sentimentos e emoções, aos quais denominou de transferência, são determinantes na relação. Segundo Freud, conhecer e compreender a transferência que o paciente faz durante o encontro com o seu médico pode ser poderoso instrumento terapêutico.

Os psicanalistas bem sabem como utilizar a transferência em prol do tratamento ou da evolução do paciente. Cabe aos médicos aprenderem a fazer bom uso desses mecanismos transferenciais. Ferenczi, discípulo de Freud e posteriormente criador da Escola Húngara de Psicanálise, deu à contra-transferência (o sentimento e emoções vivenciados pelo médico em relação ao seu paciente) valor idêntico à transferência no processo terapêutico. Outros teóricos da psicanálise muito colaboraram com a compreensão da relação médico-paciente. Também teóricos de outras linhas de pensamento, como Moreno, por exemplo, trouxeram novos conceitos que foram, aos poucos, auxiliando os médicos a compreender seus pacientes enquanto pessoas adoecidas.

Apesar de todas essas colaborações, apenas Michael Balint desenvolveu teoria específica sobre a relação médico-paciente. Na condição de clínico geral e psicanalista, com experiência no atendimento de pacientes na clínica psicossomática da Santa Casa de Berlim, sua contribuição teórica foi basilar para a compreensão desta delicada relação e o processo de adoecimento.

Morando em Londres desde a II Guerra Mundial, Balint ¹¹ desenvolveu, na Clínica Tavistock, seminários com os médicos de Família (*general practitioners*) nos quais discutia casos difíceis sob a perspectiva do entendimento do que ocorria entre o médico e o paciente. Assim, descobriu que o médico, ao receitar um medicamento, deve perquirir-se se este pode ser bom, fazendo bem ao paciente, ou verdadeiro veneno, causando situações de estresse e angústia naquele que o procurou – a este processo Balint intitulou ‘*o médico como droga*’. Faz-se importante observar que não se trata de caracterizar o médico como medicamento, mas como droga, substância que ao penetrar no corpo provoca ação farmacológica, medicamentosa ou não.

O médico como droga tornou-se a categoria-chave de sua teoria sobre a relação médico-paciente, mas outras categorias teóricas foram por ele descritas, tais como a organização da doença, a oferta da doença, a função apostólica, o conluio do anonimato, a criança como sinal de apresentação, e o *flash*.

A organização e a oferta da doença advêm da compreensão de que o adoecimento é um processo e não um acontecimento pontual. Não *se tem* um infarto do miocárdio a partir do momento em que a dor precordial e a necrose miocárdica ocorrem, mas *se faz* um infarto a partir das condições de vida (sociais, psicológicas, genéticas, culturais etc.). Balint deixa claro o quanto o adoecimento é um processo de organização a partir das experiências vividas pelas pessoas. Cada vez mais a genética aponta a predisposição para determinados adoecimentos, mas também é sabido que nem todos os indivíduos geneticamente predispostos apresentam a doença. Existe um conjunto de fatores que, de forma complexa, entram nessa organização patológica.

Uma vez a doença organizada ou mesmo em processo de organização, o paciente precisa ofertá-

la a alguém. Este alguém, geralmente, é o médico, embora algumas vezes seja outro profissional de saúde. A oferta se faz quando o paciente entrega ao médico todas as suas queixas e, muitas vezes, diz claramente “*doutor, estou em suas mãos*”, ou então “*Deus no céu e o senhor na terra para cuidar de mim*”.

Segundo Balint, o médico pode aceitar a oferta do paciente procurando compreender como este organizou seu adoecimento e procurando ajudá-lo a *desorganizar* o processo e encontrar a cura ou, então, não aceitar a oferta, não compreender a complexidade do caso e querer a *cura* do paciente independentemente de seu processo de organização da doença. Por isso, é importante possuir conhecimento teórico para poder reconhecer tais processos.

A *função apostólica* é descrita como uma necessidade de o médico convencer o paciente a aderir à sua fé. Explicando melhor, se o médico acredita, por exemplo, que filhos de pais separados são problemáticos e se envolvem com drogas, muitas vezes *orientará* seu paciente a não se separar do cônjuge, no sentido de proteger seus filhos e fazer a prevenção do uso de drogas. Como não há meta-análises suficientes que demonstrem tal correlação (filhos de casais separados e abuso de drogas), pode-se dizer que o médico, ao agir desta forma, quer convencer o paciente a aderir à sua fé nesta situação, não *prova* cientificamente. Esta atitude, segundo Balint, não é terapêutica, mas baseada em senso comum – por ele chamada de função apostólica. A função apostólica pode ser até interessante em alguns casos, mas terrivelmente desastrosa em vários outros.

Outra função apostólica que os médicos geralmente fazem é *dar castigos* aos pacientes. É muito comum ver-se médicos que dificultam o acesso do paciente à consulta (criam dificuldades para agendamento) quando esses não aderem ao tratamento proposto. Um exemplo é o paciente coronariano que não adere à dieta, não perde peso, não cessa o tabagismo e não usa a medicação de forma correta. O médico, muitas vezes de forma inconsciente, dificulta o agendamento do paciente como forma inconsciente de *castigá-lo* por ser tão desobediente.

O conluio do anonimato é, atualmente, categoria bastante observada. Trata-se do médico que,

ao se sentir inseguro ante o paciente, encaminha-o a vários especialistas no intuito de melhor esclarecer o seu adoecimento. O que caracteriza o conluio do anonimato e o diferencia do parecer do especialista sobre o caso é que nenhum dos profissionais envolvidos – nem o clínico nem os especialistas – se responsabilizam pelo paciente. O cardiologista se atém ao coração; o nefrologista só observa o rim, e assim por diante, ficando o paciente desamparado, sem saber a quem seguir e sem um médico que de fato o cuide. Hoje, o conluio do anonimato é tão frequente que, em tom de brincadeira, se diz que *quem tem dois médicos tem apenas um, e quem tem mais de dois médicos, não tem nenhum*.

Adicionalmente, Balint descreveu a *criança como sinal de apresentação* ao observar que a terça parte das crianças levadas ao médico não estava, de fato, adoecida, mas seus pais apresentavam algum problema de ordem psíquica ou social; outro terço estava adoecido, bem como seus pais, e apenas o último terço estava adoecido com pais sadios e adequados. Ante tais constatações, Balint propôs que a criança possa ser tomada como sinal de adoecimento dos pais.

O *flash*, categoria descrita no final da vida de Balint¹⁴, mostra que quando o médico é bem treinado e capacitado para trabalhar com a teoria balintiana em apenas seis minutos pode compreender o adoecimento de seu paciente, desenvolvendo com ele uma relação adequada. Esta categoria resulta de uma pesquisa desenvolvida por Balint e sua esposa, Enid, com os médicos de Família de Londres que se queixavam de ter apenas seis minutos para atender cada paciente e, por isso, não conseguiam desenvolver uma boa consulta. A pesquisa demonstrou que, com bom treinamento, em apenas seis minutos se consegue ter um *insight* conjunto com o paciente, podendo não apenas compreender o que ocorre como acolher adequadamente o paciente. A esta capacidade de *insight* conjunto deu o nome de *flash*.

Atualmente, médicos balintianos do Reino Unido têm trazido às discussões sobre a relação médico-paciente a questão dos mecanismos de defesa dos médicos. Salinsky e Sackin¹⁵ fizeram uma pesquisa que resultou no livro *Médicos com emoções: identificar e evitar comportamentos defensivos na consulta* e mostrou os mecanismos, geralmente ina-

dequados, que os médicos lançam mão no enfrentamento diário do estresse profissional.

Recentes pesquisas sobre estudantes de medicina e médicos demonstram maior prevalência para a síndrome de *burnout* e outros transtornos mentais¹⁶. O enfrentamento dos estresses relacionados à profissão expõe os estudantes e médicos a muito sofrimento mental. A relação médico-paciente é um campo de tensões. Mecanismos de defesa são necessários para preservar a saúde mental dos estudantes e médicos e facilitar a relação com os pacientes. O que Salinsky e Sackin¹⁵ problematizam é que os mecanismos muitas vezes usados no cotidiano dos médicos não são adequados e acabam por prejudicar a relação médico-paciente. É necessário o autoconhecimento e a construção de mecanismos de defesa adequados como, por exemplo, a sublimação. Daí a importância de se pautar a relação com os pacientes por uma teoria que possa embasar a construção do conhecimento nesta área.

Para além da teoria, Balint desenvolveu com os médicos do sistema nacional de saúde da Inglaterra seminários posteriormente denominados como grupos Balint. Tais grupos propiciam aos estudantes e profissionais um aprendizado teórico-prático da relação médico-paciente. A técnica consiste em grupos de 6 a 12 pessoas, com um líder devidamente capacitado, nos quais se discute um caso: um atendimento feito ou presenciado por um participante.

O líder dá início às atividades perguntando: *quem tem um caso?* Um dos participantes do grupo relata um caso sem nenhum preparo prévio. É condição essencial que o caso seja relatado conforme for lembrado pelo médico ou estudante relator. Em seguida, o líder abre espaço para perguntas ao relator e, por fim, o grupo inicia uma discussão sobre a relação médico-paciente ocorrida no caso relatado. Neste momento, o relator silencia e apenas ouve as discussões. O grupo deve abster-se de julgamentos e procurar compreender os movimentos inconscientes que permeiam o caso. Ao final de 60 a 90 minutos, o grupo dá por finda as atividades com uma avaliação final do relator sobre como se sentiu com a discussão.

Tem sido descrita a importância dos grupos Balint na aquisição de conhecimentos, atitudes e

habilidades para lidar com os pacientes e com os colegas em equipes multiprofissionais. Os grupos têm sido considerados, ainda, como estratégia de *coping* frente ao estresse profissional¹⁷. O termo *coping*, atualmente bastante utilizado devido à preocupação com as doenças advindas das vivências estressantes como, por exemplo, a síndrome de *burnout*, é conceituado como o conjunto de estratégias utilizadas pelas pessoas, de forma consciente e intencional, para se adaptarem a circunstâncias adversas ou estressantes¹⁸.

No curso de medicina da Pontifícia Universidade Católica de Goiás (PUC Goiás), a teoria e os grupos Balint estão postos no currículo e permeiam quatro semestres¹⁹. Estes grupos destacam-se dos grupos tradicionais por serem adaptados à técnica do grupo de verbalização e grupo de observação (GV/GO). O grupo de observação fica em silêncio durante todo o desenrolar do grupo Balint e observa a dinâmica balintiana. Apenas se manifesta após o encerramento do grupo Balint, pontuando o que observou. Por sua vez, o grupo de verbalização se constitui no próprio grupo Balint, seguindo as normas internacionais para tal. Quer da forma tradicional quer pelo GV/GO, os grupos Balint representam momentos de grande aprendizagem para todos.

Inteligência emocional

Embora cunhado por Peter Salovey e John Mayer em 1990 o termo inteligência emocional só se tornou amplamente conhecido a partir de 1995, quando da publicação do livro de Daniel Goleman. Foi então que vários outros teóricos da psicologia passaram a se interessar pelo assunto e surgiram várias pesquisas nesse campo do conhecimento. Segundo Cobêro, Primi e Muniz, *do ponto de vista teórico empírico, o termo inteligência emocional foi utilizado pela primeira vez por Mayer, DiPaolo e Salovey (1990), em um periódico científico internacional de Psicologia, num trabalho que teve como objetivo estudar empiricamente um de seus componentes, a habilidade de percepção de conteúdos afetivos. Essa pesquisa citou a inteligência emocional como uma subclasse da inteligência social, cujas habilidades estariam relacionadas ao 'monitoramento dos sentimentos*

em si e nos outros, na discriminação entre ambos e na utilização desta informação para guiar o pensamento e as ações'²⁰.

O conceito de inteligência emocional pode ser pensado sob a lógica das inteligências múltiplas de Gardner (inteligência linguística; inteligência lógico-matemática; inteligência espacial, musical, corporal-cinestésica; inteligência interpessoal e intrapessoal), e é definido como a capacidade de perceber, avaliar e expressar emoções, gerando sentimentos facilitadores do pensamento de forma a poder resolver problemas, além de compreender a emoção e o conhecimento emocional, controlando-os e promovendo o crescimento emocional e intelectual de si próprio e dos outros com os quais desenvolve inter-relações.

Pensando o médico como um ser de relações e o paciente como aquele que o procura para, em forma de sinais e sintomas, *ofertar* todas as suas emoções, percebe-se claramente o quão necessário se faz o desenvolvimento da inteligência emocional no processo ensino-aprendizagem da medicina. Desta forma, não se pode falar em relação médico-paciente sem buscar tais conhecimentos e habilidades.

O desenvolvimento da inteligência emocional pode ser feito mediante atividades grupais como Aprendizagem Baseada em Problemas (*Problem Based Learning* - PBL), roda de conversa para a resolução de problemas (metodologia da problematização), pesquisas desenvolvidas em grupos, discussão de filmes ou peças teatrais e grupos Balint.

Os casos usados na metodologia de PBL devem, sempre que possível, contemplar as questões emocionais. Não apenas conter em si questões emocionais relacionadas ao problema a ser levantado, contemplando um objetivo semanal, mas também trazer em seu bojo problemas emocionais relativos ao cotidiano dos estudantes de medicina.

Desta forma, é possível a compreensão das emoções enquanto algo intrínseco ao ser humano, tanto do paciente quanto do médico. Na resolução dos casos os estudantes terão a oportunidade de perceber, avaliar e expressar emoções, gerando sentimentos facilitadores do pensamento, de forma a poder resolver os problemas levantados, além de compreender a emoção e o conhecimen-

to emocional, controlando-os e promovendo o crescimento emocional e intelectual de si próprio e dos colegas dos grupos tutoriais, com os quais desenvolvem inter-relações contemplando plenamente o conceito de inteligência emocional anteriormente citado.

As rodas de conversa ou os casos discutidos na perspectiva da metodologia da problematização são possibilidades mais amplas do desenvolvimento desta capacidade, pois, ao contrário dos casos do PBL, são de fato casos reais e não montados por professores para contemplar determinados objetivos. Durante tais atividades pedagógicas as habilidades de identificar as emoções envolvidas no caso (quer do paciente, comunidade ou dos próprios estudantes), de trabalhar as próprias emoções com vistas a resolver problemas, de responder à sociedade e, sobretudo, de desenvolver redes sociais com os próprios colegas e a comunidade, podem ser apreendidas.

Outra forma de desenvolvimento da inteligência emocional é a reflexão crítica da produção estética. A análise de quadros de pintores famosos expressando a relação médico-paciente, de poemas sobre a condição humana, de textos literários sobre a tragédia da vida e, sobretudo, de filmes ou peças teatrais representa efetiva utilidade ao processo ensino-aprendizagem da relação médico-paciente em várias escolas médicas, sob a perspectiva do desenvolvimento da inteligência emocional. A estética tem sido relegada a segundo plano no ensino médico, mas, aos poucos, vai sendo resgatada, apontando um espaço ainda vazio na construção da inteligência emocional. Poder sentir/capturar a emoção que o autor intentou transmitir em sua obra é de suma importância ao processo. A discussão de filmes, por exemplo, vem sendo bastante estudada e é, hoje, considerada uma metodologia didática de amplas possibilidades.

O grupo Balint propicia, durante a discussão, não apenas a percepção das emoções do paciente e do relator, mas também permite aos participantes o desenvolvimento de um olhar mais abrangente que *escuta* o silêncio, podendo fazer uma leitura dos gestos, dos olhares, enfim, da mímica corporal, entendendo melhor o comportamento humano.

Conhecimentos, habilidades e atitudes para a inteligência emocional

Qualquer que seja a técnica didática selecionada, é importante propiciar o aprendizado de conhecimentos, habilidades e atitudes que deem conta das ramificações da inteligência emocional²⁰. Baseadas na percepção, compreensão, análise e controle reflexivo das emoções tais habilidades e atitudes voltam-se a promover a comunicação entre o médico e o paciente, melhorando a qualidade do encontro clínico.

A percepção, avaliação e expressão da emoção relacionam-se à capacidade de identificar emoções em si e em outras pessoas, em desenhos, objetos e paisagens, mediante a linguagem, sons, aparência e comportamento. Abrangem a competência de expressar emoções, necessidades relacionadas com sentimentos, bem como de discernir a diferença entre expressões falsas e/ou verdadeiras.

Como facilitadora do ato de pensar, a capacidade de desenvolver emoções prioriza ideias de forma a dirigir a atenção para informações mais importantes, contidas nas anteriores experiências emotivas, de modo a ajudar o julgamento de situações que as envolvem. O emprego do conhecimento emocional é a capacidade de nomear as emoções, interpretar os significados que trazem sobre os relacionamentos interpessoais.

O controle reflexivo de emoções para promover o crescimento emocional/intelectual é a capacidade de a pessoa se manter aberta a sentimentos, agradáveis ou não, administrando a emoção em si e nos outros pela moderação das negativas e valorização das agradáveis, sem repressão ou exagero dos estados psicológicos que podem provocar.

O treinamento de habilidades de comunicação é a base do encontro clínico. Não existe relação médico-paciente sem a comunicação. Conceitos teóricos básicos e técnicas adequadas de comunicação devem, pois, ser apreendidos desde o início do curso médico. O médico é um ser de relações. Não se concebe o fazer médico isolado, sem inter-relações com outros, sem o reconhecimento da intersubjetividade. Não só o paciente, mas também sua família, desenvolverão espaços importantes de comunicação com o profissional. Ter que dar uma notícia desagradável – por exemplo, informar a família sobre a morte do paciente – pode ser extremamente difícil para o profissional médico.

Por sua vez, a relação entre a equipe multiprofissional exige habilidade de comunicação. Ser capaz de dialogar com profissionais de diferentes formações, sabendo respeitar seus pontos de vista e mediar conflitos, frequentemente postos em uma equipe de saúde, é de suma importância no cotidiano médico pois: *A intersubjetividade é o elemento primário das relações sociais. O 'mundo da vida' tem sua matriz geradora nas relações entre os indivíduos, considerados em sua perspectiva de consciências em ação recíproca. O mundo objetivo da vida cotidiana, portanto, é o resultado do tecido de todas as consciências ao mesmo tempo. A intersubjetividade é a construtora e reguladora dos espaços sociais* ²¹.

Ser capaz de reconhecer a importância da intersubjetividade ressalta a necessidade de adquirir os conhecimentos teóricos da comunicação. Ser capaz, ainda, de compreender o paciente com seus mitos e representações culturais e procurar, sem desqualificar o conhecimento que apresenta, elevá-lo do senso comum ao bom-senso, ou seja, reconhecer e valorizar seus conhecimentos populares e poder acrescentá-lo de forma a ensinar-lhe a ciência, é a grande chave da promoção da saúde. E esta competência, também, é desenvolvida por meio dos conhecimentos da área da comunicação:

Qualquer situação de comunicação desenvolve-se ao mesmo tempo na intersecção das esferas poética/estética do Ser. O objeto do ato comunicativo nasce da necessidade de expressar algo para além de si mesmo. Essa expressão se restringe à necessidade de nomear o ambiente ao redor ou descrever determinadas situações; dito de outra maneira, o ato comunicativo não se pretende apenas o domínio do logos, mas também a comunicação de afetos, sentimentos, sensações. Há uma estética, portanto, em todo ato comunicativo ²².

Portanto, a comunicação está intrinsecamente ligada às emoções, ou seja, à inteligência emocional. Comunicar-se tem a ver com emocionar-se e saber lidar com tais emoções. O processo ensino-aprendizagem da comunicação passa pelo desenvolvimento da inteligência emocional e pela estética, mas deve ser ampliado de modo que o estudante possa ver a si mesmo no momento do encontro com o paciente.

Os atuais laboratórios de habilidades das escolas médicas são equipados com *salas-espelho* onde o estudante pode visualizar um professor ou mesmo um colega atendendo pacientes. Tais pacientes, geralmente, são atores de teatro que simulam as diversas maneiras dos doentes se apresentarem, trazendo à tona os vários sentimentos e afetos: tristeza, empatia, raiva, resistência à consulta, carência afetiva etc. A filmagem dos atendimentos e sua consequente análise permitem que o estudante possa se ver no vídeo e possibilita uma discussão a respeito do atendimento, com vistas a *refinar* o acolhimento dado ao paciente, que pode se amparar em qualquer das teorias que embasam a comunicação ou mesmo a relação médico-paciente – caso seja utilizada a teoria Balint, haverá coerência com os grupos Balint.

A constante observação e avaliação da capacidade de comunicação dos estudantes nos grupos tutoriais e em outras oportunidades de discussão de casos devem ser feitas na perspectiva de interação com os colegas. A comunicação impessoal, que não permite a interlocução, deve ser desvalorizada, abrindo espaço para a competência de agregar e acolher o outro e as posições diferentes. Esta capacidade de agregação, de comunicar-se com pessoas e de formar redes sociais deve ser sempre muito valorizada em prol de um aprendizado adequado da relação médico-paciente.

Durante o processo ensino-aprendizagem deve-se constantemente lembrar que: *O estudo da comunicação encerra em si uma teoria do conhecimento, uma ética e uma estética. As relações humanas estabelecem-se sobre o fundo recíproco de comunicações, e sua compreensão permite uma melhor análise do próprio indivíduo* ²³.

Considerações finais

Em resumo, o relevante no processo ensino-aprendizagem é que a relação médico-paciente é uma área do conhecimento científico e humanístico. Como tal, deve ser exercida, pesquisada e teorizada, deixando de lado o conceito simplório baseado no senso comum de que a relação médico-paciente tem analogia com a personalidade do estudante e com os valores de sua educação pessoal.

Reflexões sobre o processo ensino-aprendizagem da relação médico-paciente

A relação médico-paciente exige competências – conhecimentos, habilidades e atitudes – que devem (e podem ser) desenvolvidas ao longo do curso de medicina, como proposto neste artigo por meio da teoria psicanalítica de Balint.

Na circunstância de campo voltado à promoção do diálogo entre as áreas do conhecimento, a

bioética poderá contribuir para que tais competências sejam de fato incorporadas pelos discentes de medicina, aperfeiçoando a prática profissional. Ao valorizar a subjetividade na inter-relação médico-paciente e considerar a ética como elemento primordial desta relação, a bioética estimula o diálogo transdisciplinar para fomentar os direitos humanos na área da saúde.

Referências

1. Brasil. Ministério da Educação. Diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em medicina [internet]. 2001 [acesso 26 set. 2010]. Disponível: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/Med.pdf>
2. Martins PH. Contra a desumanização da medicina: crítica sociológica das práticas médicas modernas. Petrópolis: Vozes; 2003.
3. Martins PH. Op.cit. p. 64.
4. Martins PH. Op.cit. p. 60.
5. Beauchamp TL, Childress JF. Principles of biomedical ethics. 6th ed. Oxford: Oxford University Press; 2008.
6. Paim JS, Silva LMV. Universalidade, integralidade, equidade e SUS. Bol Inst Saúde. [internet]. ago. 2010;12(2):109-14. [acesso 21 fev. 2012] Disponível: http://periodicos.ses.sp.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-18122010000200002&lng=pt
7. Martins PH. Op.cit. p. 91.
8. Martins PH. Op.cit. p. 48.
9. Branco RFG, organizador. A relação com o paciente: teoria, ensino e prática. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2003.
10. Jatene AD. Medicina, saúde e sociedade. São Paulo: Atheneu; 2005. p. 100.
11. Balint M. O médico, seu paciente e a doença. 2ª ed. São Paulo: Atheneu; 2005. p. 4.
12. Nepomuceno EA. Aspectos del envejecimiento mitocondrial en corazón de ratas, dependiente del tipo del grasa aplicada a la dieta (aceite de oliva o girasol) y la adición de Coenzima Q10 [tese]. Granada: Universidad de Granada/Instituto de Nutrición y Tecnología de Alimentos; 2005.
13. Freud S. A dinâmica da transferência. Rio de Janeiro: Imago; 1980. p.131-43. (Edição Standard Brasileira de Obras Completas de Sigmund Freud; v. XII).
14. Balint E, Norell JS. Seis minutos para o doente: interações na consulta de clínica geral. 2ª ed. Lisboa: Climepsi; 1998.
15. Salinsky J, Sackin P. Médicos com emoções: identificar e evitar comportamentos defensivos na consulta. Lisboa: Fundação Grünenthal; 2004.
16. Guimarães KBS, organizador. Saúde mental do médico e do estudante de medicina. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2007.
17. Benson J, Magraith K. Compassion fatigue and burnout: the role of Balint groups. Aust Fam Physician. 2005;34(6):497-8.
18. Antoniazzi AS, Dell'aglio DD, Bandeira DR. O conceito de coping: uma revisão teórica. Estudos de Psicologia. 1998;3(2):273-94.
19. Taveira DL, Freitas FGM, Souza LC, Adorno PN, Carvalho I, Lago L et al. Balint groups in the medical school of the Pontifical Catholic University of Goiás: report of an educational experience. Journal of Balint Society. 2010;38:9-12.
20. Cobêro C, Primi R, Muniz M. Inteligência emocional e desempenho no trabalho: um estudo com MSCEIT, BPR-5 e 16PF1. Paidéia. 2006;16(35):338.
21. Martino LMS. Estética da comunicação: da consciência comunicativa ao “eu” digital. Petrópolis: Vozes; 2007. p. 88.
22. Martino LMS. Op.cit. p. 31.
23. Martino LMS. Op.cit. p. 18.

Recebido: 5.8.2011
Revisado: 12.6.2012
Aprovado: 24.6.2012