

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
FACULDADE DE EDUCAÇÃO**

155

**O ENSINO NA PERSPECTIVA DOS GRUPOS BALINT: UM
ESPAÇO DE REFLEXÃO SOBRE O ENCONTRO DO ESTUDANTE
DE MEDICINA COM O SEU PACIENTE**

**Rita Francis Gonzalez y Rodrigues Branco
Orientadora: Prof.ª Dra Maria Hermínia M. S. Domingues**

**Goiânia
2001**

RITA FRANCIS GONZALEZ Y RODRIGUES BRANCO

**O ENSINO NA PERSPECTIVA DOS GRUPOS BALINT: UM ESPAÇO
DE REFLEXÃO SOBRE O ENCONTRO DO ESTUDANTE DE
MEDICINA COM O SEU PACIENTE**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado em Educação Brasileira da Faculdade de Educação da Universidade Federal de Goiás, como parte dos requisitos para obtenção de título de Mestre em Educação.

Área de Concentração: Educação e Saúde

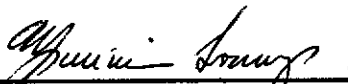
Orientadora: Prof.^a Dra Maria Hermínia M. S. Domingues

**Goiânia
2001**

RITA FRANCIS GONZALEZ Y RODRIGUES BRANCO

**O ENSINO NA PERSPECTIVA DOS GRUPOS BALINT: UM ESPAÇO
DE REFLEXÃO SOBRE O ENCONTRO DO ESTUDANTE DE
MEDICINA COM O SEU PACIENTE**

Dissertação defendida e aprovada em 07 de agosto de 2001, pela
Banca Examinadora constituída pelos professores:



Prof.^a Dr.^a Maria Hermínia M. S. Domingues
Presidente da Banca



Prof. Dr. Adão José Peixoto



Prof. Dr. Marcos Tarciso Masetto

Este trabalho é dedicado a todos os meus pacientes porque muito me ensinaram, aos alunos com quem tenho dividido meus sonhos, aos colegas que comigo compartilham deste ideal, e, principalmente, à minha amada família: à Alice Gonzalez Gomes (in memorian), minha querida mãe, ao meu marido, meus filhos e meu pai que souberam com amor, atenção e carinho, respeitar o espaço desta construção que agora se torna realidade.

De forma especial quero dedicar esta pesquisa a quem me ensinou a trabalhar na perspectiva do método Balint e propiciou-me a possibilidade de produzir uma obra que, quiçá, permita uma mudança de paradigma do ensino médico: Dr. Celmo Celeno Porto. Para homenageá-lo, aproprio-me das palavras usadas pelo filósofo Mounier à seu mestre:

Como eu conto com o senhor para educar minha inteligência, conto, da minha parte, com esta vontade perseverante para disciplinar minhas forças e conquistar minha vida... Quem sabe, o contato mais íntimo que venho tendo com o senhor e seu grupo não me fortaleceu, na medida do possível, na confiança que lhe deverei por toda minha vida, e que o bem que poderei fazer não passará de um prolongamento do bem que o senhor faz.
(in Peixoto, 1998)

AGRADECIMENTOS

A caminhada até essa pesquisa não foi solitária, mas contou com a participação de pessoas que deixaram, em mim, um pouco de sua marca, apontando-me os caminhos que eu deveria trilhar. Assim é que agradeço:

...ao Prof. Dr. Edvar Santana (in memoriam) por ter mostrado-me a interface entre as emoções e as doenças;

...ao Prof. Dr. Jacob Gamarsky (in memoriam) por ter encaminhado-me para a pesquisa;

...ao Dr. Adelman Soares Azevedo por ter apresentado-me a fenomenologia na perspectiva de Karl Jasper;

...ao Prof. Dr. Joffre Marcondes Rezende pela sua presença constante, incentivando-me pelos caminhos da pesquisa e principalmente, pela sua leitura atenta ao texto sobre a história do ensino médico;

...ao Prof. Dr. Celmo Celeno Porto por ter aberto-me as portas do conhecimento deste palpitante tema: a relação médico-paciente na perspectiva Balint, permitindo-me ensiná-lo e, também, pelas sábias orientações durante a minha qualificação;

...à psicóloga Sandra Baccara e aos psicanalistas Sui Mei Siqueira e Daniel Emídio de Sousa que muito contribuíram para minha formação e desenvolvimento pessoal;

...à Prof.^a Dra Edith Tereza Pizarro Zaccariotti pelo incentivo à minha entrada nos caminhos da Educação;

...à Prof.^a Dra Eleuse Machado de Britto Guimarães pelo apoio aos meus propósitos de estudo e pesquisa sobre o ensino médico;

...aos meus estimados professores Dr. Luiz Dourado, por ter propiciado-me uma gentil acolhida na seara da Educação e Dr. Adão José Peixoto pelos ensinamentos sobre a Fenomenologia, bem como pelas excelentes orientações, bastante pertinentes, durante a minha qualificação;

...ao Dr John Salinsky por ter-me acolhido junto à comunidade Balint em Oxford (Inglaterra) e à psicanalista Antonia Shooter, discípula de Winnicott e Balint, que, entre uma taça e outra de vinho, muito colaborou para enriquecer esta pesquisa;

...aos Doutores Paul Sackin, Boris Luban-Plozza e John Balint que me incentivaram e muito contribuíram para esse estudo;

...aos colegas do programa de Mestrado em Educação Brasileira que muito me ajudaram para que eu fosse à Inglaterra, construir este entendimento sobre a experiência Balint;

...a todos os que conviveram comigo, incentivando-me nesta árdua etapa da minha vida;

...em especial, à minha orientadora Professora Dr.^a Maria Hermínia Domingues que sabiamente me conduziu pelos difíceis caminhos desta dissertação, permitindo que entre nós ocorresse um encontro rico de significados.

Agradeço, principalmente, a Deus por ter-me dado mansidão, fortaleza e sabedoria para concluir esta laboriosa empreitada!

ENFERMO

Dra. Aida Lúcia Begliomini

*Estou só.
Do meu lado a cama vazia.
Branca, dura, alta
Na parede um crucifixo, com um Cristo triste
segurando com a cabeça o peso do mundo.
Um criado mudo,
um pote de água, um copo,
e dentro talvez o urinol.
Não sei, não usei.
O silêncio é tétrico,
sinto as batidas do meu coração
afrito, angustiado*

*Estou entubado,
não posso falar, nem me mexer.
Porém tudo sinto e escuto.
Há pouco o médico passou,
olhou meus olhos e não me viu,
auscultou meu coração e não me ouviu.
Com sua indiferença, não notou
o esforço que fiz para falar, mas não consegui me comunicar.*

*Sinto um torpor,
não parece que a mim meu corpo pertence,
meus movimentos não mais existem,
não mais os controlo.
Estou só.
Definitivamente só.
Pacientemente só.*

SUMÁRIO

RESUMO	8
ABSTRACT	9
O DESVELAR DA PESQUISA	10

CAPÍTULO I

O CAMINHAR HISTÓRICO DO ENSINO MÉDICO E A PERCEPÇÃO DA ALTERIDADE	25
1. O Desvelar do Ensino Médico.....	27
2. A História do Ensino Médico no Brasil.....	46

CAPÍTULO II

MICHAEL BALINT: SUA VIDA, SUA OBRA E O DEVIR DE SUA TEORIA	61
1. Vida e Obra de Michael Balint.....	62
2. As Categorias Básicas do Método Balint.....	70
3. O Entrecruzar da Teoria Balint com a Psicanálise e com a Fenomenologia.....	76

CAPÍTULO III

GRUPOS BALINT: ESPAÇO DIDÁTICO PARA O PENSAR A RELAÇÃO ESTUDANTE DE MEDICINA/PACIENTE	80
--	----

CAPÍTULO IV

O ENSINO DA RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE NA DISCIPLINA DE SEMIOLOGIA CLÍNICA: A APLICAÇÃO DOS GRUPOS BALINT	91
---	----

A RESSIGNIFICAÇÃO DA RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE	132
---	-----

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	140
---	-----

ANEXOS	150
---------------------	-----

RESUMO

O surgimento da medicina confunde-se com a história do próprio homem. O médico, a princípio um feiticeiro, detinha o poder sobre a vida e a morte. Através dos tempos, essa prática tornou-se ciência, e, paralelamente, houve um distanciamento entre o médico e seu paciente. Urge, hoje, mudar este paradigma. Os estudantes de medicina necessitam de um espaço para estudar a relação médico-paciente. Os alunos freqüentam, nos dois primeiros anos do curso médico, disciplinas básicas; no terceiro ano, adentram ao hospital e encontram seus pacientes. Neste momento, é-lhes oportuno refletir sobre este encontro. Os seminários desenvolvidos pelo médico e psicanalista Michael Balint, em 1950, com clínicos gerais, em Londres, para aprender sobre a relação médico-paciente, têm sido descritos como possibilidade didática no ensino médico europeu. Esta dissertação foi desenvolvida com o objetivo de analisar o uso desta técnica no ensino da relação médico-paciente, permitindo uma prática médica humanizada. Assim, o objeto do estudo foi o grupo Balint; o campo da pesquisa, a Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Goiás; e os sujeitos, os alunos que, em 1999, cursavam a disciplina de Semiologia e, em 2000, as matérias do Departamento de Clínica Médica. Foi aplicado um questionário, na primeira aula, a fim de verificar as expectativas de cada aluno sobre seu encontro com os pacientes. Os alunos foram distribuídos em 8 turmas de, aproximadamente, 15 pessoas com as quais foram planejados dois encontros (grupos Balint). Esses encontros foram documentados através do registro cursivo das falas dos estudantes. No final do semestre foi solicitado, como questão de prova, um relato escrito, do encontro de cada aluno com seu último paciente. Um último questionário foi aplicado, quando estes mesmos estudantes freqüentavam o 4º ano, para identificar como o ensino da relação médico-paciente, conduzido no ano de 1999, influenciava suas atitudes em relação ao ato médico. Foram analisadas: (a) - turma que apresentou maior índice de alunos que participaram dos grupos Balint, responderam ao primeiro questionário e à questão da prova; (b) - turma que, além de um índice de 50% de alunos que responderam ao primeiro questionário e à questão da prova, mostrou a maior participação nos grupos Balint; (c) - turma na qual nenhum aluno atendeu, ao mesmo tempo, a todos os quesitos da pesquisa. Nas duas primeiras turmas, foram escolhidos os estudantes que responderam a todos os instrumentos, incluindo o questionário distribuído no 4º ano. No último grupo, foram analisados os que responderam ao primeiro questionário, participaram de apenas um grupo Balint, responderam à questão da prova e ao questionário do ano 2000. O método de análise usado foi a Fenomenologia, por mostrar-se mais adequado à apreensão do objeto de estudo. O texto final percorreu a história do ensino médico procurando focar a relação médico-paciente, a história de vida de Michael Balint e o devenir de sua teoria, o ensino da relação médico-paciente através dos grupos Balint durante o ensino de Semiologia Clínica, apresentou, ainda, a análise dos dados e conclui buscando uma ressignificação para o estudo da relação médico-paciente.

ABSTRACT

Medicine was born along with man's history. The physician was a kind of sorcerer who had power over life and death. Throughout the ages, medicine became a scientific discipline. The acquisition of such a great amount of knowledge has been paralleled by an increasing distance from the patient. A change in this paradigm is necessary. Medical students need a time for reflection during their medical training in order to study the doctor-patient relationship. Medical students attend two years in which they study exclusively basic subjects. They only begin to go to the hospital in the third year, and this is the first time that they meet patients. This is the time for reflection about doctor-patient relationship. The seminars performed by the doctor and psychoanalyst Michael Balint, in 1950, with General Practitioners, in London, about doctor-patient relationship, have been described as a didactical possibility in medical courses in Europe. This research has the objective of analysing Balint groups as a possibility to teach the doctor-patient relationship. This search object was the balint group, the place for research was the Medical School of Goiás Federal University, and population studied was the students that were in the third school year during 1999, and in the fourth year in 2000. The first questionnaire was applied in order to discover the students' expectatives about their encounter with their patients. Medical students were divided in 8 groups with about 15 students in each. Two Balint seminars with each group were performed. The students' speech during the seminar was written. There was a question in the final exam about the student's experience with his/her patients. The last questionnaire was applied in 2000 when they were attending the 4th school year, for discovering how the doctor-patient relationship studies influenced on their medical practice. Three groups were analysed: (a)- the most participative group; (b) – the group where 50% of the students participated of all evaluations; (c) – the group where no student participated of all evaluations. The students of the two groups (a) and (b), chosen in the research, were those who answered the questionnaires, participated on two Balint groups, and answered the question in the test. The students of the last group were those who answered the questionnaires and the question of the exam, and performed just one Balint group. The research method was the Phenomenology, because it was thought to be the best one for the subject. The final research text showed the medical course history and the doctor-patient relationship studies, Michael Balint history and his theory, the doctor-patient relationship teaching in the third school year, and presented the results. The end of the research tried to change the essence doctor-patient relationship.

O DESVELAR DA PESQUISA...

Não queremos um mundo de felicidade, queremos um mundo humano. E só é humano o mundo que der suas possibilidades às exigências essenciais do homem..

Emmanuel Mounier

Há anos venho perseguindo, com audácia de quem busca o entendimento, o fenômeno da relação humana, e cada vez mais, em destaque, da relação médico-paciente. *Essa relação interpessoal não é tranqüila; é cheia de conflitos* (Peixoto,1998:70). A busca incessante desse conhecimento tem-me guiado por caminhos desconhecidos e instigantes. *Afinal, falar sobre relações humanas é, em última análise, falar sobre a alma humana.* (Branco, 2000b:29)

A tentativa de compreender estas relações, que em Medicina tem como sua manifestação maior, a relação entre o **Ser doente** (o paciente) e aquele a quem ele busca, para não só tratar sua doença, mas também para acolher-lhe em sua dor - o **médico** - tornou-se para mim não apenas objeto de curiosidade científica, mas também a meta de minha prática docente, na tentativa de formar médicos compreendedores do Ser em sua totalidade. (Branco, 2000b)

Acredito que ensinar transcende à pura transmissão de conhecimento. Ensinar é, para mim, promover um desenvolvimento do aprendiz no sentido de seu devir. Ensinar é, principalmente, uma prática ampla de cidadania, conforme diz Peixoto: *pensar a prática pedagógica é uma necessidade, pois, antes de ser uma atividade especializada, ela é compromisso político, social e ético que envolve, sobretudo, vínculos existenciais.* (1998:19)

O homem é uma construção histórica e sua obra reflete sua caminhada. Esta obra é resultante do processo de construção de minha inquietude ao longo desses anos. Quisera eu encontrar o início desta caminhada, envolta já em brumas no meu passado, e, talvez, nem mesmo consiga vislumbrar o fim, pois este não pretende ser o ponto final da caminhada em busca da compreensão do ser humano em sua totalidade e suas intrincadas relações.

Recordo-me que, ao adentrar à adolescência, tinha como leitura de cabeceira Hermann Hesse. Aos 17 anos lia Freud. Ao aproximar-me do vestibular, decidi graduar-me em Medicina, visto que meu desejo era ser psiquiatra (ou psicanalista?). Com esse desejo, entrei na Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Goiás. Como todos os alunos do curso, tive, também, o impacto da experiência da Semiologia. Custou-me entrar nas enfermarias e fazer as anamneses. Mas tive um mestre: Dr. Edvar Santana, que já na década de 70, articulava conceitos de medicina psicossomática. Não me esqueço de uma aula sobre disfagia (dificuldade de deglutição), em que o professor Edvar citou a possibilidade da causa emocional. Pareceu-me, naquele momento, que, também, a clínica médica me oferecia bem mais do que doenças anatômicas. Ainda no terceiro ano entrei em contato com Dr. Celmo Celso Porto. Falávamos das mesmas coisas, tínhamos a mesma visão da Medicina. Aprendi a admirar e a seguir este professor, que foi para mim o meu mestre maior.

Percebendo que a faculdade não tinha um local adequado para formação em psiquiatria, e como este era meu grande interesse, busquei um estágio extracurricular. Naquela época, era possível participar de estágios validados pelo Ministério de Educação e Cultura (MEC), e foi assim que, na década de 70, permaneci na Clínica Psiquiátrica Isabela, por quase três anos. Participava de grupos de estudo, seminários, discussões de casos clínicos, visitas aos leitos e plantões. Foi nesta época que fui apresentada às obras de Karl Jasper. Foi um momento único na minha formação. Visitei a obra deste fenomenólogo, tendo exercitado as possibilidades do encontro com o paciente psiquiátrico. Aprendi a ouvir, a decifrar os segredos do inconsciente. Aprendi a ser um Ser para o Outro. Aprendi ainda a fazer a redução fenomenológica e poder ir ao encontro do Outro em sua essência. Apreendi, enfim, a Fenomenologia. Esta muito me agradou, pois veio ao encontro de meu desejo de entender o Ser em sua totalidade. A Fenomenologia explica estas inquietudes, pois *o mundo de que fala a fenomenologia é o mundo humano, é o mundo da cultura, produto das relações homem-homem, homem-natureza.* (Peixoto, 1998:32)

Ao iniciar os estudos de psiquiatria no curso de graduação, já tinha trânsito livre pela psicopatologia no enfoque fenomenológico. Minha formação se consolidou ao ser aluna do Professor Dr Wassily Chuc. Nesta época, passei a integrar um grupo de

estudos na clínica particular do professor Chuc. Aprofundava-me cada vez mais na psicopatologia. A psiquiatria fascinava-me!

Em momento algum deixei de lado a obra de Freud. De forma livre e autodidata, percorri ainda a obra de Henry-ei e de outros teóricos.

Ao terminar o curso, decidi mudar meu rumo: a psiquiatria, que eu pretendia abraçar, não era a psiquiatria exercida na época, em Goiás. Eu não queria apenas tratar a doença mental, eu queria entender o doente e abordá-lo de forma mais ampla. Diante desta dificuldade, ouvi do Dr. Celmo Porto, que, devido à representação sociocultural do coração, a maioria dos doentes cardiológicos tinham um perfil emocional que precisava ser abordado pelo médico. Este fato levou-me a decidir pela Cardiologia.

Em 1980, comecei a especialização em Cardiologia. Completei, ainda, minha formação com pós-graduação em Clínica Médica e em Saúde Pública.

A partir de 1980, também, dei os primeiros passos para meu auto conhecimento e desenvolvimento pessoal através da análise. Foram anos de divã, intercalados por algumas pausas, muitas vezes imprevistas.

Durante minha carreira de cardiologista passei à pesquisa, com publicações que, muitas vezes, procuravam aliar as emoções às cardiopatias, como, por exemplo, a *Síndrome do Prolapso Mitral e "Astenia Neurocirculatória"*, *Entidades Clínicas Diversas ou Mesma Síndrome?* publicada na revista Sinopse Cardiológica.

Em 1985, tive a audácia de interromper minha carreira, já bastante promissora. A dor de ter tido um filho com complicações de saúde fez-me sofrer, a ponto de não conseguir mais encarnar o médico. A mãe sobrepujou a profissional. Mas, como todos os momentos da história de nossa vidas são educativos e educadores, após esta, que para mim, foi uma dolorosa etapa, pude perceber que estava instrumentalizada para entender a essência da doença da criança, da mãe da criança doente e a dimensão de sua dor. Como não vivemos sozinhos no mundo e, como cabe ao Ser experienciar o encontro com o Outro, decidi levar meu mais novo conhecimento humano para minha prática médica. Em 1987, retomei à Cardiologia, dedicando-me apenas à Cardiopediatria. Iniciei, assim, uma nova etapa na minha profissão. Senti-me autorizada a desenvolver uma medicina holística (1), humana, quase psicoterápica, não só na minha prática de consultório, mas também em

(1) Medicina praticada na perspectiva do paciente como um Ser uno e indivisível.

minhas pesquisas e publicações. Assim, é que tenho, a duras penas, conseguido publicar em periódicos de Cardiologia e Psicologia, pesquisas a respeito da humanização do atendimento cardiológico. Esta tem sido também minha fala em Congressos de Cardiologia, Psicologia e afins.

Em 1992, tive a satisfação de retornar à Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Goiás, exatamente a mesma em que fiz minha formação, para integrar o grupo de professores da disciplina de Semiologia Clínica, sob a regência do Professor Dr. Celmo Celeno Porto. O grupo já vinha vivenciando, há 2 anos, o ensino da relação médico-paciente através de grupos Balint (2), sob a liderança inicial do próprio Dr. Celmo Porto e, posteriormente, sob a liderança de dois psicanalistas. Tais grupos aconteciam duas a três vezes, com cada turma, durante o primeiro semestre de cada ano. (Porto,1997; Branco, 2000b). A partir daquele momento, fui apresentada à obra de Michael Balint, Enid Balint e Veikko Tähkä. Participei, nos anos seguintes, como co-líder nos grupos ao lado dos psicanalistas. Com a saída destes e após alguns anos de experiência, assumi a liderança dos grupos Balint, ficando responsável pelo ensino da relação médico-paciente dentro da disciplina Semiologia Clínica.

O ensino da relação médico-paciente é por demais importante na formação de um médico. Assim, é que transcende ao ensino instrumental da técnica médica, ao aguçar o olhar do aluno de medicina em direção ao Outro: o seu paciente. Uma pessoa não adoece por acaso e ela, somente ela, pode desenvolver a doença da forma que lhe é peculiar. Sua história de vida, seus amores e suas dores, determinam as características da sua doença. O doente é muito mais do que uma peça anatômica e precisa ser atendido e acudido em toda sua dimensão humana. É o Ser que está doente, é o Ser que sofre, e não outro, e deve ser atendido de forma holística. Pensando assim é que, em artigo recente, escrevi:

Compreender as vicissitudes pelas quais passam os nossos pacientes é uma ferramenta importante para o entendimento de seus males. O ser que adoece não o faz isolado de sua realidade, mas, sim, inserido em sua historicidade. Compreender o ser humano em sua plenitude abre caminho para uma relação médico-paciente efetiva e possibilita o entendimento do adoecer. (Branco,2000 a :40)

(2) Grupos Balint são grupos de 6 a 12 médicos (ou estudantes de Medicina) que se reúnem para discutir casos clínicos, possibilitando uma profunda reflexão sobre a relação médico-paciente. Maiores detalhes no cap. 3.

Neste início do terceiro milênio, diante das propostas sobre o ensino médico, muito se tem discutido a respeito desta formação em sua dimensão humana e ética. Estamos diante da quebra dos paradigmas médicos, o que faz com que o ensino médico passe por uma reflexão, reavaliação e ressignificação. Que profissionais queremos formar? As discussões em torno do tema apontam para a necessidade de estarmos formando *médicos cuidadores*, que atendam ao paciente por inteiro, vendo-o de forma holística, com suas condições sociais, históricas e emocionais; e não só o *médico curador*, apenas apto a curar a doença do paciente. *Esta parece ser a missão do médico do 3º milênio: resgatar a Medicina da pessoa humana!* (Branco, 2000a:41) (3)

A partir de 1989, entidades representativas como os Conselhos Regionais de Medicina, Conselho Federal de Medicina, Associação Médica Brasileira, Associação Brasileira de Educação Médica, Associação Nacional de Médicos Residentes, Conselho de Reitores das Universidades Brasileiras, Direção Executiva Nacional dos Estudantes de Medicina, Federação Nacional dos Médicos, Sindicato Nacional dos Docentes das Instituições de Ensino Superior, Conselho Nacional de Saúde, Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde, reuniram-se e formaram a Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico - CINAEM. Essa comissão tem estudado o ensino médico e proposto novas possibilidades de formação de um profissional conforme a sociedade reivindica: *um médico cuidador*. Segundo Bougnoux:

No artigo "Cure" de sua obra Conversations ordinaires (Gallimard, 1998), o psicanalista inglês Winnicott lembra que essa palavra que quer dizer "tratamento" e "cura" deriva de care, ou seja, "cuidado, interesse, atenção". (...) hoje em dia, cure é mais procurado e prezado do que care.(...) Ora o papel do médico é diferente nos dois casos: care faz dele um trabalhador social, vizinho do pastor ou do padre, enquanto cure aproxima-o do técnico. (1999:40) (grifo do autor)

O modo como formar o médico cuidador, com visão holística do paciente, tem levado os responsáveis pelo ensino médico à perseguir novas técnicas didáticas para o ensinamento das humanidades durante a graduação. Refletir junto aos alunos sobre a relação médico-paciente tem sido uma proposta pedagógica em faculdades europeias, americanas, canadenses, argentinas, e brasileiras. Os grupos Balint, tão eficazes para a reflexão da relação médico-paciente junto aos médicos, serviram de modelo ao Prof. Dr.

(3) Medicina da pessoa ou médicos de pessoas são termos cunhados por Danilo Perestrello em seu clássico livro "Medicina da Pessoa" e significa uma postura holística em relação ao paciente.

Boris Luban-Plozza, ao introduzi-los no ensino médico suíço, a partir de 1968, criando, assim, o chamado *Modelo Ascona*, cujo mérito obteve, posteriormente, reconhecimento oficial da Organização Mundial de Saúde (Luban-Plozza, 1989; Luban-Plozza e Petzold, s/d; Porto, 2001)

Urge, pois, dar ao ensino da relação médico-paciente o destaque que ele merece dentro do contexto da formação médica. É necessário ir ao encontro do que diz Peixoto, referindo-se à prática pedagógica: *assim, a síntese não será só síntese de conhecimento, do saber técnico, mas síntese do conhecimento humanizado, do saber personalizado, saber que tem como finalidade a promoção humana e não uma mera instrumentalização para o trabalho.* (1998:21)

Afinal, para que formamos médicos? Para cuidar de pessoas. E pessoas são únicas em sua essência. Pessoas são complexas, são compostas de carne, osso, mente, emoções e sentimentos. Para os que acreditam, e eu me coloco entre eles, pessoas também tem alma e transcendem à pura concretude da matéria. Pessoas são inseridas em um contexto histórico e social. *A pessoa, em sua totalidade, é inacessível a uma abordagem positivista e racionalista* (Peixoto, 1998:30). Essa prática docente que visa o outro, propicia o encontro do homem-homem (estudante e seu paciente) e homem-mundo (estudante e a realidade social em que o paciente está inserido), é realmente a prática necessária para formar médicos de pessoas! Eksterman, na introdução do livro *A Medicina da Pessoa*, reflete sobre a necessidade de mudanças radicais no ensino médico para alcançarmos tal objetivo:

Se, efetivamente, "A Medicina da Pessoa" for levada às últimas conseqüências, a educação e a prática médicas deverão ser radicalmente transformadas. O ensino médico (...) deverá ter, nesse caso, como diretriz, o homem como unidade viva, cumprindo um destino heredobiológico, em permanente interação social e envolto por um mundo complexo de fenômenos naturais, associados ou submetidos a contingências culturais. (1989:7)

Concernente a esta reflexão e mostrando a necessidade de mudança na abordagem do ensino de graduação universitária, Masetto afirma com muita propriedade:

Desenvolvimento de atitudes e valores. Encontramo-nos, aqui, no aspecto mais delicado da aprendizagem de um profissional. É seu coração, em geral, o menos trabalhado pela universidade. Seu coração porque, enquanto esse aspecto não for trabalhado, modificações significativas de aprendizagem também não acontecerão. (1998:15) (grifo do autor)

Eu venho observando, enquanto paciente, a dificuldade de encontrar um médico acolhedor e cuidador dos pacientes de forma holística. Sendo médica, venho percebendo o quão importante é a relação médico-paciente e como os doentes se sentem gratificados ao encontrar profissionais que os atendam de forma completa.

Durante todos esses anos venho tentando e, quiçá, conseguindo, formar médicos de homens inteiros, reais, transcendentais. Esta luta pelo ensino da relação médico-paciente vem encontrando adeptos e adversários. Há quem diga que, dentro da disciplina de Semiologia, perdemos oportunidades de ensinar mais técnica. Há quem acredite ser este um conteúdo apenas da disciplina de Psicologia Médica. Há também quem reconheça a grandeza desta proposta. O ensino da relação médico-paciente suscita atitudes contraditórias do corpo docente e discente e esta é a sua riqueza. Permite discussão, embate, nunca a homogeneização. Concordo com Peixoto quando fala a respeito da contradição dentro das propostas pedagógicas:

É necessário alargar essa contradição. Uma das formas deste alargamento contraditório é construir uma proposta pedagógica e colocá-la em prática, de modo que esta prática torna a educação diferente da educação instituída. Isso significa construir uma contra-educação, uma educação que resgate os valores da pessoa e da vida comunitária que a lógica da sociedade de mercado procura anular. (1998:153)

O ensino da relação médico-paciente é essencialmente humano, transcendente e fenomenológico, visto trabalhar com o devir, com o desvelar médico, e com a essência da relação humana. Mas não é por isso, ou apesar disso, um saber hermético, restrito aos profissionais da saúde mental. O saber, por mais complexo que seja, não deve ser aprisionado a um grupo restrito, mas deve, outrossim, permear vários grupos para que se consiga um desenvolvimento pessoal cada vez maior. Creio, pois, haver necessidade do clínico apropriar-se desse saber, no sentido de se instrumentalizar para melhor atender ao seu paciente. Esta era também a proposta de Michael Balint e, por isso, ele e sua esposa Enid Balint investiram no treinamento de clínicos para prepará-los ao entendimento humano (Balint,1994). O paciente não deixa suas emoções, suas angústias, suas ansiedades, seus desejos em casa quando procura o clínico que lhe atende, nem tão pouco quando se submete aos cuidados do cirurgião. O paciente comparece à consulta por inteiro, com toda sua vivência e sua historicidade. Cabe ao médico atendê-lo como tal. Daí a

importância de estar-se articulando esse ensino durante o aprendizado da Semiologia Clínica.

Devido a esta prática pedagógica, senti, então, a necessidade de dar-lhe um tratamento científico. Nesta mesma época, senti, também, a necessidade de ampliar minha formação através de um mestrado. Queria uma possibilidade de estar articulando com as ciências que eu gosto, com o método qualitativo, e com a competência de estar tratando de modo científico minha prática docente.

Ao trilhar os caminhos da pesquisa em educação, encontrei-me novamente com a Fenomenologia, que se mostrou adequada como metodologia em meu estudo. A Fenomenologia está arraigada em meu ser. É assim que eu articulo o encontro médico-paciente. É assim que procedo em minha prática docente.

Encontrei-me diante da seguinte situação: tendo uma prática definida de ensino da relação médico-paciente (os grupos Balint), queria descrevê-la e avaliá-la. Parti então para o levantamento bibliográfico. Precisava encontrar pesquisas a respeito do uso de grupos Balint na graduação de Medicina. Paralelamente, no ano de 1999, entrei em contato com as, então, 93 Faculdades de Medicina do Brasil, enviando-lhes um questionário (anexo I), no sentido de identificar como ocorre o ensino da relação médico-paciente. Recebi resposta apenas de 22 delas, embora tenha tentado novo contato por mais duas vezes. Acredito que o momento não era oportuno, visto que, em 1999, as faculdades se viram frente a várias avaliações, como a do Ministério da Educação, através do Exame Nacional de Cursos (*Provão*) e a da CINAEM. Provavelmente, esses possam ter sido os motivos pelos quais não obtive resposta às minhas indagações. Das 22 (24%) faculdades que responderam, 11(50%) relataram ter um ensino sistematizado da relação médico-paciente. Dessas, seis têm seu ensino dentro da disciplina de Psicologia Médica, uma inseriu este conteúdo no ensino de Ética Médica, três não explicaram como desenvolvem este conteúdo, e apenas uma apresentou este ensino inserido na disciplina de Propedêutica I, que corresponde à Semiologia Clínica. Das outras 11 (50%) faculdades, duas estão desenvolvendo o sistema de ensino baseado em problemas (Problem Based Learning - PBL), que propõe uma maior reflexão sobre os aspectos biopsicossociais do doente. (Venturelli,1997)

Ramos (1999), através do Departamento de Antropologia Médica da Universidade Estácio de Sá, Rio de Janeiro, vem desenvolvendo grupos de discussão e

reflexão sobre o tema, porém diferenciados da técnica Balint. Sucupira (1999) também tem trabalhado, com os alunos do terceiro ano do curso de Medicina da Universidade de São Paulo (USP), as relações entre os estudantes e seus pacientes, porém não na perspectiva Balint. Souza (1998), em sua tese de doutorado, avaliou o ensino da clínica e o discurso médico, refletindo sobre a relação médico-paciente. Em seu texto, Souza descreveu sua experiência muito próxima à minha e discutiu pesquisas anteriores a respeito do uso dos grupos Balint em graduação médica. Citou autores como Coser e Sapir:

Coser aponta o grupo Balint como o modelo existente para reflexão a posteriori de uma prática na qual o médico poderia levar em conta as outras "razões", além das estabelecidas pela racionalidade anátomo-clínica, (...) Também Sapir (1994), avaliando o grupo Balint no ensino da Psicologia Médica, nos diz de sua experiência e dificuldades encontradas. (Souza,1998:49) (grifo da autora)

Souza discute as dificuldades em usar esta técnica com estudantes, pois na opinião de Sapir, citada por ela, eles se encontram inaptos para esta vivência, por estarem preocupados com seus estudos teóricos e, ainda, bastante identificados com seus pacientes, impossibilitados de ir ao encontro com o Outro. O médico, assim como o estudante, precisa ter plena consciência da alteridade: o doente é o Outro, nunca ele próprio! A identificação entre o médico e o doente, com conseqüente perda da alteridade, é absolutamente prejudicial a ambos. Embora Balint tenha ressaltado: *de certo modo, quando examinamos o nosso paciente não podemos evitar de examinar nossa própria pessoa* (Balint,1975:186), o encontro com o Outro é complexo, e é necessário ter consciência desse fato, bem como da intencionalidade de cada pessoa. Como a coroar esta premissa, o próprio Husserl adverte-nos que a Fenomenologia transcende o simples olhar-para: *advertimos agora que a tarefa da fenomenologia, ou antes, o campo das suas tarefas e investigações, não é uma coisa tão trivial como se apenas houvesse que olhar, simplesmente abrir os olhos.* (1958:33)

Mello Filho (1976) em sua tese de Livre Docência em Psicologia Médica, relatou sua experiência, no período de 1963 a 1966, de formação de grupos Balint com estudantes de medicina, voltados ao estudo da relação médico-paciente. Mello Filho não viu dificuldades para trabalhar com os alunos nesta perspectiva, porém, descreveu alguns complicadores relacionados ao corpo docente:

Este tipo de enfoque e atitude em meios não universitários costuma provocar reação nos colegas, que se vêem ameaçados por aquele que suscita a existência de problemas psicológicos fora das situações psiquiátricas propriamente ditas e que, por extensão, podem “contaminá-los” e fazê-los verificar seus próprios problemas negados ou reprimidos. (...). Mas estas reações também podem ocorrer mesmo nos ambientes universitários (...) (1976:98)

Enfim, usar ou não os grupos Balint na formação acadêmica do médico ainda é tema de discussão. O próprio Balint, após ter tido experiência com alunos no University College Hospital de Londres, referiu que *em geral os médicos formados constituem muito melhor material para o ensino da psicoterapia do que os estudantes de medicina* (1975:247). No entanto, Sackin (1999), um dos estudantes que participou dos grupos com Michael Balint, não só aprendeu a ter uma melhor relação com seus pacientes, como chegou a ser presidente da Sociedade Britânica Balint, e hoje é um grande pesquisador e divulgador da técnica. Em seu capítulo dedicado ao ensino médico nesta perspectiva, no livro *What are you feeling Doctor?* é claro em dizer:

Existem evidências, ao longo dos anos, que, conforme evoluem através do treinamento ao longo da graduação, os estudantes de medicina se transformam em pessoas centradas em si mesmo, perdendo muito de suas aspirações humanitárias.(...) A educação emocional dos médicos tem sido um dos temas básicos do processo educacional. (Salinsky e Sackin,2000:144-145) (4)

As sábias palavras de Balint - *o médico deve aprender a usar-se com a mesma habilidade que o cirurgião demonstra no uso do seu bisturi* - abrem um espaço de possibilidade do ensino deste “usar-se” como instrumento da prática médica.(1975:236)

Discutindo a necessidade da mudança epistemológica no ensino médico, Del Volgo, ela própria médica e psicanalista, é enfática em sua análise:

Em nossa época, os médicos, ao contrário, perderam a faculdade de escutar, em proveito de questionários visando a utilização de exames cada vez mais sofisticados (...), de qualquer forma, eles continuam se confrontando com queixas de pacientes, que são do âmbito da psicopatologia e dos discursos de sofrimento, porta-voz da miséria humana na linguagem da patologia corporal da dor (1998:179)

(4) “There has been evidence going many years that, as they go through their undergraduate training, medical students become less person-centred and lose many of their humaniterian aspirations.(...) The emotional education of doctors has to be one of the basic themes of the educational process.”

Também Balint, já na década de 50, mostrava-se preocupado com o ensino médico e a habilidade da *escuta*, tão necessária ao estabelecimento de uma boa relação médico-paciente. Assim, ele dizia que o estudante:

(...) necessitará aprender a escutar. Escutar implica uma técnica muito mais difícil e sutil do que a que necessariamente deve precedê-la: a técnica de descontrair o paciente, colocando-o em condições de falar livremente. A capacidade de escutar constitui uma nova habilidade, que exige uma modificação considerável, embora limitada, da personalidade do médico. (Balint, 1975:103) (grifo do autor)

A psiquiatra Carmita Helena Najjar Abdo evidencia, em sua tese de livre-docência, esta dificuldade e sugere que o *ensino das teorias de Comunicação (...) pode se constituir em importante providência para um menor grau de iatropatogenia na interação do médico com seu paciente. (1996:18)*

Ora, sendo assim, acredito que o momento mais adequado para estar-se ensinando a capacidade da *escuta*, ou seja a capacidade de ir ao encontro da pessoa doente, abrindo-lhe um espaço para falar de si mesma e de sua dor, é durante o processo de ensino/aprendizagem da Semiologia Clínica, no curso de Medicina. Tähkä, também ele médico, psicanalista, e professor de medicina na Finlândia, ao relatar sua experiência com o ensino da relação médico-paciente na perspectiva Balint, diz:

Para a futura prática satisfatória de sua profissão, é extremamente importante, neste estágio, que o estudante tenha oportunidade de uma troca aberta de idéias, tanto com os colegas quanto com os professores de clínica médica, sobre os problemas associados com os primeiros pacientes dele (1988:50)

Acreditando nesta possibilidade didática, e, após o contato com as escolas médicas brasileiras, parti em busca do que o mundo, agora globalizado, poderia me oferecer em termos de ensino médico na perspectiva Balint.

Fiz contato com o Dr Boris Luban-Plozza, na Suíça e com Dr. John Balint, filho de Michael Balint e atual diretor da Faculdade de Medicina da Universidade de Albany, nos Estados Unidos. Associei-me à American Balint Society (1999). Contatei a International Junior Balint Federation (1999), uma associação de estudantes de Medicina que utilizam a técnica Balint para discutir a relação médico-paciente e, também, a Sociedade Britânica Balint (The Balint Society, 2000). Estive na Universidade de Oxford, Inglaterra, participando de treinamento intensivo de grupos Balint, sob a liderança do Dr Paul Sackin. Também apresentei, nesse mesmo evento, a minha experiência no uso dos

grupos Balint como técnica didática para o ensino da relação médico-paciente (Branco, 2000c). Fui à Clínica Tavistock, palco do desenvolvimento da teoria Balint, para aprofundar-me na pesquisa.

Encontrava-me, pois, diante do seguinte problema: sendo o estudo da relação médico-paciente necessário ao bom desempenho profissional e, a capacitação através dos grupos Balint uma proposta possível para este fim, a inserção desta dinâmica na disciplina de Semiologia Clínica, realmente permitiria, aos estudantes, desenvolver capacidades para atender o paciente de forma holística, percebendo-o como um Ser completo e não só abordando a sua doença?

A fim de responder a esta questão, propus-me, através do presente estudo, avaliar a eficácia do ensino da relação médico-paciente, através dos grupos Balint, tendo em vista a mudança de atitude do aluno frente ao paciente.

O campo da pesquisa foi a Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Goiás (UFG), e os sujeitos foram os alunos que, em 1999, cursavam a disciplina de Semiologia Clínica (3º ano da graduação) e, posteriormente, em 2000, cursavam matérias do Departamento de Clínica Médica (4º ano da graduação).

Visto que meu objeto de estudo, o grupo Balint, é, em si, um espaço de reflexão sobre a relação humana e que *a afirmação do humano não é um objeto de análises objetivas, exatas, infalíveis* (Von Zuben, 1979:VII), o método fenomenológico mostrou-se o mais adequado, na medida em que ele possibilita a apreensão do objeto e dos sujeitos no seu todo, o que é inerente à experiência Balint (Balint, 1975) e, principalmente, porque a reflexão fenomenológica reintegra *o mundo da ciência no mundo da vida*. (Dartigues, 1973:77)

A fim de verificar a origem de cada aluno, bem como suas expectativas frente à relação médico-paciente, foi aplicado, a todos eles, um questionário (anexo II) na 1ª aula da disciplina Semiologia Clínica.

Considerando que os alunos matriculados nesta disciplina são distribuídos em 8 turmas de aproximadamente 15 pessoas, foram planejados, para o primeiro semestre, dois encontros (grupos Balint), de 2 horas, com cada um desses grupos. Os encontros foram documentados, por mim, através de registro cursivo de falas, sentimentos e expressões dos alunos, que, ao final de cada grupo Balint, eram relidos e complementados (Anexo III)

No encerramento do semestre foi solicitado, como questão de prova, um relato escrito, do encontro de cada estudante com o seu último paciente (Anexo IV). Foi informado aos alunos que o valor da questão estava condicionado apenas ao fato de responde-la.

Um segundo questionário (Anexo V) foi aplicado, pelos vários professores das disciplinas do Departamento de Clínica Médica, a estes mesmos alunos, quando freqüentavam o 4º ano, no sentido de identificar como o ensino da relação médico-paciente, conduzido no ano de 1999, estaria influenciando suas atitudes e valores em relação ao ato médico. A aplicação dependeu de cada grupo e ocorreu no primeiro semestre do ano de 2000.

Desta maneira, ao final do processo, o estudo deveria contar com 4 dados de cada aluno, a saber:

- (a) expectativa ao início da disciplina,
- (b) registro dos dois grupos Balint,
- (c) a resposta à questão da prova,
- (d) a situação do aluno no 4º ano.

Durante o processo, no entanto, verificou-se algumas perdas, seja pela ausência dos alunos aos grupos Balint, seja a não devolução de todos os questionários, ou mesmo a inadequação na aplicação deste último instrumento. De posse dos 3 primeiros instrumentos, foram escolhidos para análise, os dados das seguintes turmas:

a). a que apresentou maior índice de alunos que, além de estarem presentes aos 2 grupos Balint, responderam ao primeiro questionário e à questão da prova (turma 5 do quadro I)

b). das duas turmas que apresentaram um índice de 50 % de alunos que responderam aos instrumentos propostos em 1999, foi escolhida a que mostrou a maior adesão aos grupos Balint (turma 3 do quadro I)

c). a turma na qual nenhum aluno atendeu, ao mesmo tempo, a todos os quesitos da pesquisa (turma 6 do quadro I)

Nos grupos 3 e 5 foram analisados todos os alunos que responderam a todos os instrumentos. No grupo 6, foram analisados os dados dos alunos que responderam ao primeiro questionário, participaram apenas de um grupo Balint e responderam à questão da prova e ao questionário do ano 2000.

QUADRO I. Situação das 8 turmas de alunos da disciplina de Semiologia Clínica, em 1999, de acordo com os dados obtidos pela pesquisa

Turmas (n° de alunos)	Resposta ao 1° questionário	Presença nos 2 Grupos Balint	Resposta à questão da prova	Resposta aos 3 quesitos anteriores	Resposta ao 2° questionário
1 (14 alunos)	92,8 % (13)	28,5 % (4)	100 % (14)	28,5 % (4)	92,8 % (13)
2 (14 alunos)	78,5 % (!!)	14,2 % (2)	100 % (14)	7,14 % (1)	28,5 % (4)
3 (14 alunos)	71,4 % (10)	57,1 % (8)	100 % (14)	50 % (7)	35,7 % (5)
4 (13 alunos)	69,2 % (9)	53,8 % (7)	100 % (13)	38,5 % (5)	84,6 % (11)
5 (16 alunos)	81,3 % (13)	68,8 % (11)	100 % (16)	68,8 % (11)	37,5 % (6)
6 (15 alunos)	66,7 % (10)	0 % (zero)	93,3 % (14)	0 % (zero)	40 % (6)
7 (14 alunos)	92,8 % (13)	50 % (7)	100 % (14)	50 % (7)	78,5 % (11)
8 (14 alunos)	85,7 % (12)	35,7 % (5)	100 % (14)	35,7 % (5)	42,8 % (6)

A análise dos alunos do grupo 6 serviu de contraponto aos outros, que foram aderentes ao projeto de ensino da relação médico-paciente. Embora, o “grupo testemunha” seja uma característica da pesquisa experimental, de forma a legitimar o resultado obtido no grupo estudado (Laville, 1999), e não uma estratégia usada em análise fenomenológica, que visa apreender o fenômeno em si, os dados obtidos pela análise da referida turma serviram para corroborar as conclusões e respaldar a necessidade da resignificação do ensino da relação médico-paciente

A fim de apreender o objeto de estudo, é indispensável situá-lo no contexto histórico do ensino médico, privilegiando o ensino da relação médico-paciente, o que é feito no capítulo I. O segundo capítulo versa sobre a vida de Michael Balint e o desvelamento de sua obra e sua teoria. O capítulo III trata da descrição e definição dos grupos Balint como um modelo para a formação da relação médico-paciente, enquanto o quarto capítulo apresenta a análise dos resultados da pesquisa de campo subsidiados pela teoria fenomenológica. O último capítulo apresenta a conclusão e as considerações finais sobre o estudo. Permite-me terminar essa obra com algumas considerações e sugestões para propiciar um caráter humanístico e fenomenológico ao ensino médico. Quiçá, possa colaborar com a mudança do perfil deste médico que, todos os anos é colocado no mercado de trabalho, para atender e cuidar de pessoas. Este permanece como meu grande desejo enquanto educadora.

CAPÍTULO I

O CAMINHAR HISTÓRICO DO ENSINO MÉDICO E A PERCEPÇÃO DA ALTERIDADE

*Antes de ser um saber, a clínica era uma relação
universal da Humanidade consigo mesma.*

Foucault

Ao propor uma reflexão sobre os grupos Balint como técnica pedagógica que busque a transformação dos alunos durante seu desvelar médico, torna-se necessário situar a relação médico-paciente na história da medicina, com destaque ao ensino médico. Machado, em artigo a respeito da profissão médica, enfatiza que: *a medicina como ofício de curar é uma atividade que (...) requer o apelo de lidar com pessoas* (1998:101). Ora, como muito bem ressaltou Mounier:

Visto que a pessoa não é um objecto que se separe e se observe, mas um centro de reorientação do universo objectivo, resta-nos orientar agora a nossa análise para o universo por ela edificado, a fim de iluminar nos seus diversos planos as estruturas, sendo preciso não esquecer que esses planos não são mais do que incidências diferentes sobre uma mesma realidade. A verdade de cada um só existe quando em união com todos os outros.(1964:35)

Partindo, pois, do pressuposto de que essa profissão requer uma habilidade de comunicação, e, portanto, do encontro com o Outro e do reconhecimento de que a pessoa só existe enquanto Ser-no-mundo, torna-se necessário rever os diversos paradigmas que constituíram o ensino médico através dos séculos, levando à formação de profissionais com características diversas e, conseqüentemente, com papéis diferenciados junto às sociedades de cada época. Nos dias atuais, ao buscar novos caminhos para este ensino, e, conseqüentemente, discutir novas técnicas pedagógicas, há necessidade de se questionar o tipo de profissional que a sociedade precisa: médicos de homens em-Si, que possam, resgatando Mounier, perceber e analisar o universo que cada paciente edifica para si próprio, em todas as suas incidências, podendo assim transcender à medicina que propõe simplesmente tratar a doença.

Conhecer a história do ensino médico é, pois, criar uma luz para o entendimento do processo atual em busca de novas soluções. É certo que, neste início de milênio, toda a educação, enquanto ciência, passa por um processo de ruptura de paradigmas. A perplexidade diante do século XXI tem trazido questionamentos, dúvidas e incertezas, bem como, tem transformado os conceitos e categorias já trabalhados e sedimentados dentro do saber educacional (Ianni,1999). O ensino médico não é uma exceção a esta realidade. Analisando as palavras de Plastino: *parece-me necessário (...)* *questionar a especialização das disciplinas científicas e sua autonomia frente ao contexto global de sua produção, isto é, as problemáticas social, econômica, política e cultural das sociedades.* (1999:32)

Há necessidade de refletir-se sobre as tantas especializações e sofisticções da Medicina como ciência e sua real utilização frente às necessidades sociais e humanas da população.

Neste novo século, as desigualdades sociais apresentam-se cada vez mais perversas, e as comunidades necessitam de médicos comprometidos com a realidade social, econômica, cultural e humana de sua clientela, pois esta adoece inserida em seu contexto social, em meio a sua situação econômica e cultural, trazendo juntamente à sua doença características pessoais: o doente é o Ser-no-mundo. Concernente a este contexto afirma Garcia:

Não temos necessidade de alguns "sábios". Temos necessidade de que o maior número adquira e exerça a sabedoria - o que, por sua vez, exige uma transformação radical da sociedade como sociedade política, instaurando não somente a participação formal, mas também a paixão de todos pelas questões comuns. (1999:66)

Assim, é que as escolas devem preocupar-se menos em formar médicos sábios e "curadores" de doenças, e perseguir, cada vez mais, o modelo Winnicottiano do médico "cuidador": profissional que toma seu paciente por inteiro, dando-lhe um atendimento holístico, e não se comprometendo só com a cura de sua doença, mas capaz de exercer seus saberes integrado à realidade do Outro. (Bougnoux,1999)

Revedo a caminhada histórica do ensino médico e do ensino da relação médico-paciente até os dias atuais e discutindo as propostas que, neste novo século, se vislumbram visando a possibilidade de uma mudança no papel humano e social do

médico, busca-se resgatar o médico cuidador, que foi, por muitos séculos, a figura ideal desse profissional.

1. O DESVELAR DO ENSINO MÉDICO

A origem da medicina é quase tão remota quanto o aparecimento do homem na Terra (Gordinho,1999:15). O devenir da arte de cuidar e curar, deu seus primeiros passos nas ensolaradas costas do Mediterrâneo e no Vale do rio Nilo, há cerca de 6 000 anos (5). A Medicina era resultante de feitiçaria, trabalho, ocupação e ofício e os médicos primitivos eram sacerdotes, pajés, magos e xamãs. Segundo Ramos: os pajés se habilitavam ao honroso cargo sem qualquer ensinamento formal, senão aquele obtido pela sua intuição e pelo seu senso de observação (1998:22)

Em que pesem tais informações, parece haver resquícios de um esboço de prática médica ainda mais remota, por volta de 10 000 a.C., ancorada, também ela, em ritos religiosos ou espirituais. Assim é que, à época, o ensino da prática médica dava-se de *forma empírico-individual, familiar ou hereditário (Facchini,1999:5)* ou, como bem coloca Ramos: *tratava-se de um autoaprendizado que compreendia observação e experimentação (1998:22)*. O desvelar do médico fazia-se por Si, em contato permanente com o Outro, embora o sentido de pessoa do ponto de vista filosófico, como apresenta Mounier, fosse ainda embrionário (1964). Esse caráter místico fortalecia as relações entre os médicos e seus pacientes, pois, *nos primórdios da medicina, a relação médico-paciente afigurava-se primorosa, era solene e ocupava o ponto central da cena, como afirmou Gomes (1999:8)*. Também, Foucault reafirma esta relação humana do médico de outrora com o Ser doente: *(...) antes de toda crença vã, antes de todo sistema, a medicina residia em uma relação imediata do sofrimento com aquilo que o alivia. Esta relação era de instinto e de sensibilidade. (1994:60)*

Desde o médico feiticeiro até o xamã, todos mantinham um certo poder reconhecido pela sociedade da época como divino. É esta característica mística que permeava o centro da relação médico-paciente, e que, ainda hoje, esconde-se por detrás do desejo inconsciente do doente: *o papel do médico está sempre acoplado com o de pai*

(5). Os dados sobre a história da medicina são subsidiários das obras: Melo, J. M. de S.. *A Medicina e Sua História*, 1989 e Castiglione, A. *História da Medicina*, 1947

(líder) e com o de sacerdote (...). Assim, o paciente sofredor busca no médico um líder (pai), a mãe (que dele cuide) e um mágico com poderes divinos. (Luz,1993:9)

Na primitiva Mesopotâmia, a prática médica, regulamentada pelo Código de Hamurábi, por volta de 1700 a.C., era do domínio dos sacerdotes, pois a enfermidade era tida como um castigo para os pecados e como ação de espíritos malignos (Gordinho,1999). A Medicina era vista, então, como arte sagrada, e, portanto, ensinada nos templos. Gordinho demonstra bem esta fusão da arte de curar com o divino: *os sacerdotes eram os detentores máximos do saber curativo. Distanciados dos homens comuns e privilegiados por estarem mais próximos da divindade, julgavam conhecer melhor do que ninguém as cerimônias mágicas que acalmavam a ira divina.* (1999:15)

O médico era letrado não só em leitura e escrita, literatura e ciência, mas também em religião, magia, rituais, adivinhações e astrologia o que lhe permitia conhecer melhor os mistérios do Outro. Segundo Abdo:

O antigo conceito de doença - castigo dos deuses, ao qual são submetidos os homens que infringem a moral - persiste ainda em nossos dias e serve de alicerce para a relação médico-paciente: a enfermidade (pena imposta) requer um ser capaz de comunhão com as divindades, para saná-la. A este ser, o médico-sacerdote, cabe anular todo tipo de impureza do enfermo e afastá-lo da morte. (1996:19) (grifo da autora)

No Egito, há 2 500 a.C., esboçava-se já uma primitiva sistematização de prática educativa. O Papiro de Ebers faz referência à figura do médico, e referenda uma formação profissional baseada em trocas de conhecimento entre o mestre e o discípulo. Eram estudados textos médicos bastante antigos, contendo conhecimentos seculares. O médico egípcio era um homem culto e erudito, capaz de julgamento empírico, e dotado de destreza manual.

Não só o Egito, mas outros países orientais detinham a possibilidade de um ensino médico um pouco mais sistematizado. O livro “Sushruta-Samhita”, relíquia da medicina hindu, demonstra que, permeando uma prática mágico-religiosa, as noções de fitoterapia e higiene constituíam-se como um saber médico da Índia antiga (Gordinho,1999)

A relação médico-paciente era valorizada e a interface entre as doenças e as emoções já era percebida há milênios. O primeiro compêndio médico de que se tem notícia, **Nei Ching**, de origem chinesa, a par das descrições anatômicas bizarras, dividia as doenças em dois grupos: as de origem externas e as de origem internas, *estas causadas*

pelas emoções (Rezende,s/d:3). Parece haver, já nessa data, um rudimento de conceitos de medicina psicossomática. Conforme relata Gordinho: *Os chineses (...) nos ensinaram que a perfeita saúde depende do equilíbrio entre corpo e mente. Acreditavam e ainda acreditam ser essencial curar a alma e que o organismo requer tratamento global.* (1999:19)

Nos séculos VI, V e IV a.C. floresceu, em meio à filosofia, a vigorosa medicina grega com conceitos racionais e éticos, e surgiram, então, as primeiras escolas objetivando a formação técnica do médico. Neste momento a Medicina, outrora Arte, começou a apropriar-se de conhecimentos técnicos. As escolas médicas de maior projeção foram as escolas de Cirene, Rhodes, Cnidos e Cós. Embora, na Grécia, os médicos tenham sido os antigos filósofos, que se diziam livres da magia e da religião, a medicina mágico-religiosa não foi de todo excluída. A própria mitologia grega fazia menção ao deus Apolo como *inventor da arte curativa* (Aranha, 1993:19), e a Asclépio, como o deus da medicina. Herophilos (300 a C), da escola de Alexandria, foi o precursor do ensino da anatomia, dissecando, pela primeira vez, um cadáver (Facchini, 1999), hábito este, que se perderia em séculos adiante, vindo a ser reinstituído somente no período da Renascença.

A par de conhecimentos científicos que começavam a esboçar-se, os conceitos filosóficos do século VI a.C. (pré-socráticos) também acabavam por influenciar a prática médica. Embora, no século IV a.C. a dicotomia corpo-consciência aparecesse no pensamento de Platão, segundo Abdo, durante esses séculos, outros filósofos gregos muito contribuíram para a psicologia moderna, pois:

Heráclito, foi precursor no interesse pelo indivíduo e por sua identidade. Pitágoras, com sua assertiva de que o homem é a medida de todas as coisas, corroborou esse interesse. (...) Empédocles entendeu que as emoções são fundamentais, definindo o amor e a discórdia como as principais fontes de vida e mudança. (1996:19) (grifo da autora)

Pitta (1999), psiquiatra e professora da Faculdade de Medicina da USP, também ela demonstra a participação dos filósofos gregos na descoberta e tentativa de entendimento das doenças mentais. A par dos conceitos místicos dos distúrbios psiquiátricos, foram os gregos os que primeiro perceberam os distúrbios mentais como realmente uma enfermidade. Assim, Pitta informa:

Heródoto aceitava duas explicações para a origem dos transtornos psíquicos: a primeira estaria centrada no divino ou sobrenatural e sobre o qual pouco se tinha a intervir, exceto no plano dos sacrifícios e orações; a segunda, nas causas naturais, coincidindo com a interpretação dos médicos da época (...).(1999:79-80)

Hipócrates (460-370), o maior expoente da medicina grega, professor na escola médica da ilha de Cós, deu início a uma medicina com base racional, mudando o paradigma vigente na época, que relacionava a saúde com a espiritualidade. Para alguns autores, ele teria sido o fundador da medicina científica. Considerava a saúde como um estado físico e mental balanceado. *O objetivo de Hipócrates era o indivíduo na sua totalidade; ocupava-se das doenças físicas e psíquicas* (Abdo,1996:20). Escreveu vários textos médicos e histórias clínicas, introduzindo na prática médica a *Semiologia Clínica*, com o hábito de fazer a anamnese (história da doença e do doente). Talvez pelo fato de que os gregos tinham *um agudo sentido da dignidade do ser humano* (Mounier,1964:23), Hipócrates *exerceu a medicina inteiramente voltado para o doente* (Rezende,s/d:17), *interessado pelo sofrimento do homem, examinava seus pacientes de forma cuidadosa e conversava com eles sobre suas queixas* (Abdo,1996:20)(6) denotando o quanto valorizava a relação médico-paciente. Foi ele o primeiro a nortear os preceitos da ética e desta relação, com citações objetivas:

O médico deverá saber calar-se no momento oportuno (...) deverá manter uma fisionomia serena e calma e nunca estar de mau humor (...) Deverá dar toda a atenção ao paciente, responder calmamente às objeções, não perder a tolerância e manter a serenidade diante das dificuldades (Rezende, s/d:20)

O médico grego tinha reputação de erudito, devoto ao dever e à ética. Às mulheres cabiam os conhecimentos de ginecologia e obstetria, embora não frequentassem as conferências médicas que eram restritas aos homens.

Em contraponto à proposta hipocrática, surgiu em Alexandria, entre os anos 270 e 220 a.C., a escola dos empíricos. Esta escola visava a prática médica dicotomizada das doutrinas e teorias. Baseava-se, segundo Rezende (s/d:21), apenas na *observação pessoal, na experiência transmitida e na analogia (trípode dos empíricos)*, criando, assim, outro novo paradigma para o ensino médico. O desaparecimento desta escola em 30 a.C., com a morte de Cleópatra, foi o fim da hegemonia grega na Medicina. Os conhecimentos, já bastante disseminados, permitiram o desenvolvimento da medicina romana que teve, no século II d.C., como seu grande expoente Cláudius Galenus. A medicina dessa época seguiu os passos da medicina grega, embora sem o mesmo brilho.

(6). Grifo da autora citada

Galenus, à semelhança dos alunos atuais, iniciou sua formação médica aos 17 anos. Após ter cursado 4 anos em Pérgamo, 2 anos em Smirna e 5 anos em Alexandria, descreveu o ensino neste último centro como muito teórico. Durante todos esses anos versou-se em filosofia, leis, matemática e dissecação, disciplinas que não só o instrumentalizava para exercer com destreza a técnica médica, mas também para ir ao encontro do Outro.

Ainda neste período, apareceram sinais rudimentares de uma preocupação com o ensino da relação médico-paciente. Para Galenus, assim como teria sido para Hipócrates, o conhecimento médico deveria englobar a anatomia, a fisiologia, mas também a psicologia e a sociologia. (Facchini, 1999:4)

O grande filósofo e estadista romano Cícero, antes mesmo de Galenus, ainda no século I d.C., evidenciou a importância do *cuidado da alma nos tratamentos médicos* (Abdo,1996:20). Também *Areteo mencionou a importância da atenção do médico para com os sentimentos e pensamentos do doente mental.*(Abdo,1996:20)

Asclepiades, médico romano, preocupou-se com o bem estar de seus doentes, *acalmando os insanos com gentileza, luz solar e música* (Melo,1989:40). As mulheres, que se dedicavam ainda à ginecologia e obstetrícia, trocaram, nesta época, a violência pela gentileza, durante os partos.

Em contraponto, nesta mesma época, Aulo Cornelio Celso, grande escritor de textos médicos, deixou registrado para o ensino de cirurgiões, como deveria ser a relação entre o paciente e seu médico:

Um cirurgião deve ser jovem, (...) sua visão deve ser aguçada e clara; sua mente intrépida e sujeita à piedade, a ponto de fazê-lo desejoso da recuperação de seu paciente, mas não a ponto de sofrer ele próprio com seus gritos; ele nunca deve apressar a operação mais do que o caso requer, nem cortar menos do que o necessário, mas fazer tudo exatamente como se os berros do outro não lhe causassem impressão (Melo,1989:41)

A regulamentação da Medicina e do ensino médico é controversa. Para alguns autores, é creditado a Frederico II da Sicília, no século XIII (Facchini,1999). Foucault considera tal regulamentação a partir dos decretos de Marly de 1707 (1994). No entanto, em Roma, no século III a.C., já existia a “licença médica”, que resumia-se em uma autorização para praticar a medicina. Os profissionais desta época tornaram-se extremamente éticos, sendo, mesmo, proibidos de filiar-se a sociedades ilegais, de

freqüentar bordéis e de tirar férias prolongadas. O estudo continuado tornou-se prática freqüente. Assim é que Galenus, após dar conferências, atender seus pacientes e discutir casos com colegas, passava o resto do dia estudando e fazendo reflexões.

Os árabes, povos nômades e conquistadores, invadiram a Pérsia (atual Irã) em 651. Lá encontraram e preservaram uma importante escola, Gondischapur (Jundi Shapur) na qual ensinavam as artes e ciências, dentre elas a medicina. O ensino médico nesta casa era baseado na cultura grega, sendo adotadas as obras de Hipócrates. Segundo Castiglioni: *mestres e alunos ali viviam; havia também salas para bibliotecas como para doentes de ambulatório ou acamados e muitas vezes havia hospitais.*(1947:305)

Esta parece ser a primeira referência à “hospitalização“ do ensino médico. Os estudantes, que a princípio aprendiam com o mestre e observavam a população, após passarem por um ensino eminentemente teórico, como o de Galenus, foram então retirados do seio da sociedade e transferidos para dentro dos hospitais, criando-se um novo paradigma da formação médica, que permanece ainda nos dias atuais. Embora ocorressem tais mudanças, a relação médico-paciente ainda permanecia como o centro da cena.

Os hospitais tornaram-se uma constante na rotina médica, tendo sido uma das grandes características do ensino médico árabe. Mestres, como Haly Abbas (morto em 994), preconizavam um ensino combinado de teoria e prática hospitalar. O Vizir Abud Al-Daula fundou em Bagdá, em 970, um conhecido hospital da época. Era constituído de enfermarias para internações, ambulatórios modernos para o atendimento dos pacientes e um rudimentar berçário. Tinha, ainda, uma grande farmácia com medicamentos provenientes de várias partes do mundo e um gabinete de esmoler.

No entanto, o hospital, desde esta época até o século XVIII, não era exatamente um lugar apropriado à cura dos doentes que o buscavam e ali internavam-se, mas sim, um espaço cuja função essencial era acolher os pobres moribundos, permitindo-lhes, concernente à sua crença, a salvação da alma. Assim é que *o pessoal hospitalar não era fundamentalmente destinado a realizar a cura do doente, mas conseguir sua salvação* (Pitta,1999:41). Talvez estivesse aí a grande diferença entre a medicina do acolhimento da pessoa e a medicina da doença, que tem como meta, apenas, a cura da enfermidade. O surgimento do hospital como hoje o conhecemos, um cenário privilegiado de tecnologia, é recente, produto do final do século XVIII.(Pitta,1999)

Enquanto os hospitais atuais *transbordam de equipamentos técnicos sofisticados, mas seus rituais recusam um tempo e um investimento de escuta da fala dos doentes* (Del Volgo,1998:45), os hospitais islâmicos eram modelos de humanização. Assim é que, de acordo com Melo :

O hospital Mansur do Cairo refrescava suas alas de febre por meio de fontes, possuía salões de leitura, uma biblioteca, capelas, dispensário e enfermeiros de ambos os sexos. Contratava declamadores do Corão, músicos para embalar o sono dos pacientes, contadores de histórias para sua distração (...).(1989:74)

Com o domínio árabe se expandindo até as terras da Espanha, surgiu uma progressista cidade, Córdoba, que passou a ser um importante centro médico, chegando a ter 50 hospitais e uma universidade que se tornou célebre.

Na civilização islâmica, o médico persa Al-Razi (865-925), grande pesquisador e professor de medicina, questionou algumas práticas da época, como, por exemplo, o diagnóstico de todas as doenças pelo simples exame da urina e pela palpação do pulso. Segundo Melo: *ele deplorava as práticas médicas desonestas, iniciou um pleito pelo fraco relacionamento entre médico e paciente (...)* (1989:70)

Contemporâneo de Al-Razi, o médico judeu nascido no Egito, Isaac Israeli (880-932), escreveu o chamado “Guia dos Médicos”, onde demonstrou um novo conceito de relação médico-paciente: *não negligencia a visita e o tratamento dos pobres, pois não há mais nobre trabalho. Conforta o que sofre dor com a promessa da cura, mesmo quando estiveres em dúvida, pois auxiliarás assim seus poderes naturais.* (Melo,1989:71)

O ensino médico islâmico, assim humanizado, contou com a grande obra de Avicenna (sec.XI), que permaneceu como primeiro tratado médico adotado nas universidades européias durante séculos .

A consciência médica de que *o homem é corpo exatamente como é espírito* (Mounier,1964:39) parece ter permanecido até a decadência do Império Romano. A partir do início da Idade Média, com a hegemonia da Igreja Católica, Santo Agostinho (séc.IVd.C.), principal representante da filosofia patrística, retomou a dicotomia platônica cindindo o homem, ofertando ao médico o corpo doente e a Deus o espírito pecador.

O modelo de formação médica ligada a conceitos religiosos permanecia como nos primórdios da medicina, permitindo correlacionar as doenças com o pecado, com a ação do demônio (demonologia). Sustentados pelo pensamento platônico, o corpo, sinal do

pecado e degradação, repositório da alma, deveria ser mortificado através de jejuns, abstinências e flagelações (Aranha,1993). Embora, nesse período histórico, o ensino médico tenha-se ampliado, através das universidades, as práticas médicas relacionadas aos fenômenos mentais sofreram um profundo retrocesso. No início da Idade Média, a consciência religiosa e a noção de que a cura só cabia a Deus e aos santos padroeiros de determinados órgãos, impossibilitava aos médicos manusear fórmulas fitoterápicas ou qualquer outra medicação. Até mesmo o uso de substâncias analgésicas era proscrito e visto como heresia (Gordinho,1999). A Igreja ampliou seus domínios, alcançando as doenças mentais, às quais enquadrava dentre as “possessões demoníacas”, exercendo inclusive o exorcismo. *Aos médicos cabia, então, somente tratar dos males físicos* (Abdo,1996:21). Assim, a relação médico-paciente empobreceu-se. Surgiu de forma inquestionável a medicina da doença. Apesar da dicotomia mente-corpo vigente nessa época, Jean Wier, Cornélio Agripa, Frederico Speé e Paulo Zacchias posicionaram-se contrários aos conceitos da época e declararam que *muitas vítimas das bruxarias eram, na verdade, doentes mentais.* (Abdo,1996:21)

A primeira escola médica medieval deveu-se a um monge e a uma ordem religiosa, em Monte Cassino. Já no século VI, os monges beneditinos, com seus conhecimentos de botânica, praticavam uma medicina popular e transformaram seus mosteiros em repositórios de livros médicos, possibilitando uma prática, mesmo que não acadêmica, de ensino médico:

A medicina monástica floresceu em Monte Cassino, onde S. Bento fundou o hospital (...) Monte Cassino se tornou, senão uma verdadeira escola médica, pelo menos um centro importante de erudição, em que a medicina teve um papel muito grande.(...) pouco a pouco os hospitais tomaram lugar ao lado dos mosteiros e o interesse pelo estudo médico se espalhou largamente através da ordem monástica.(Castiglioni,1947:345)

A Idade Média, envolta em contradições, resgatando o olhar místico sobre a doença, compreendendo o doente como um pecador a quem Deus enviara um castigo, deixou como principal legado à civilização ocidental, a partir do século XII d.C., o estabelecimento das Universidades. Assim é que, a palavra **universitas** indicava uma corporação, e segundo Castiglione havia *a corporação dos estudantes que acompanhavam os cursos, e havia escolas nas quais só se ensinava medicina* (1947:380). Dessa forma, à medicina monástica seguiram-se as primeiras universidades laicas. Em 1158 uma antiga escola de leis tornou-se uma das mais iluminadas universidades, a de Bologna.

Curiosamente, tal escola deu início ao processo de seleção à semelhança do atual vestibular:

Para o curso médico havia exame de qualificação e concedia-se aos professores total autoridade para seleção dos candidatos.(...)A cidade orgulhava-se de sua Universidade, que recebia estudantes de outras nações e chegou a ter 15 000 alunos no ano de 1320. (Rezende,s/d:38)

Também, em Salerno, outra escola médica se destacou. Após sua institucionalização em 1075, passando a receber verbas governamentais, a escola estabeleceu um currículo regular à semelhança das faculdades atuais. Curiosamente, embora em plena Idade Média, a escola de Salerno permitia o ingresso de mulheres. O seu curso era essencialmente prático, com duração de 5 anos, sendo o último bastante semelhante ao internato dos dias atuais.

Ainda nesta época, Montpellier, ao sul da França, se destacou como um centro do ensino médico. Rezende esclarece a grade curricular, bem como os graus possíveis dentro daquela escola: *a cirurgia não integrava o currículo e deveria ser aprendida à parte. O curso compreendia 3 etapas: a de bacharel (3 a e 6 m); a de licenciado (mais 6 meses de prática e exames finais), e a de master, após um exame rigoroso, que durava vários dias. (s/d:39)*

Ao lado das Universidades laicas, florescia ainda importantes escolas sob o domínio da Igreja, como a Universidade de Paris. Embora com menos prestígio que as escolas de Salerno, Bologna e Montpellier, a Universidade de Paris atraía médicos que chegavam a abandonar a cirurgia (ainda não agregada à medicina), sob juramento, para adentrar em seu corpo docente.

A partir de 1270, o curso médico passou a ser dado em 6 anos, sendo bastante teórico, principalmente nas universidades inglesas, como Oxford e Cambridge.

Foi em Oxford, no século XIII d.C., que o padre franciscano Roger Bacon procurou aplicar o método matemático à ciência da natureza, tentando torná-la experimental. Suas pesquisas no campo da óptica, embora importantes, não conseguiram modificar o pensamento medieval. Foi Bacon quem percebeu que *“ver com seus próprios olhos” não é incompatível com a fé. (Aranha,1993:145) (7)*

(7). Aspas colocadas pela autora citada

A par de todas estas mudanças e ampliações no ensino médico, a dificuldade histórica e cultural do homem em *ver claramente e sem preconceitos seu próprio corpo* (Aranha,1993:311) permaneceu intacta. A sacralização do corpo com conseqüentes proibições à dissecação de cadáveres muito prejudicou a construção de um conhecimento científico a respeito dos doentes e de suas doenças.

Com o Renascimento, no século XV, a prática médica privilegiou a razão sobre a emoção, buscando explicações objetivas para os males do corpo, afastando os conceitos de demonologia. Era, talvez, uma forma de se contrapor à medicina medieval. Segundo Facchini, esse período é considerado :

Período de transição entre a medicina medieval e a medicina moderna, e início de um movimento que mobiliza médicos, escolas e sociedade em busca de um ensino e uma prática da medicina fundada em critérios de qualidade, humanismo e ética. Apesar de não ser médico, Leonardo da Vinci foi um mestre na anatomia humana e tecnologia na medicina. (1999:23)

Esse movimento cultural de médicos, professores, artistas plásticos e sociedade acabou por reintroduzir o estudo de anatomia no currículo das escolas médicas, permitindo à medicina dar, realmente, o primeiro passo para o caminho da ciência.

Se, por um lado, a medicina caminhava rumo ao desenvolvimento científico, por outro, iniciou-se um afastamento do Ser-no-mundo. Assim é que Juan Luis Vives (1492-1540), considerado como fundador da psicologia moderna, questionava a necessidade de reintrodução da filosofia no ensino médico e *criticava o cinismo de estudantes de medicina e médicos que buscavam aprender e praticar apenas o que era mais indicado e seguro para ganhar dinheiro.* (Facchini,1999:6)

Por volta do século XVI, o médico Cardano tornou-se o pioneiro em psiquiatria. Diante do infortúnio de perder seu filho decapitado por ter envenenado a esposa, Cardano escreveu um texto médico em que, pela primeira vez, refletiu sobre a possibilidade da imoralidade ser uma doença do espírito, distinguindo assim, os indivíduos cruéis ou perversos dos doentes.

Contudo, embora alguns médicos iniciassem um movimento ao encontro do doente mental, esta não era a idéia vigente na época, pois segundo Aranha: *o novo olhar do homem sobre o mundo é o olhar da consciência secularizada, ou seja, dessacralizada, da qual se retira o componente religioso para só considerar a natureza física e biológica. O corpo passa a ser objeto da ciência.* (1993:312-313)

Ainda no período renascentista, surgiu uma figura bastante controversa na comunidade médica: Theophrastus Bombastus von Hohenheim, autodenominado Paracelso. A par de uma postura agressiva com seus pares, oponente ao ensino clássico da medicina, e tendo horrorizado a academia por ter lançado à fogueira os livros de Avicenna e Galenus, Paracelso acabou por mudar conceitos da medicina tradicional. Assim é que descreveu as doenças mentais, incluindo, dentre elas, a insensatez, a insanidade, a desordem mental, a melancolia, a mania e as mudanças de caráter. Foi Paracelso quem deixou como legado uma das mais belas frases a respeito da relação médico-paciente: *a coisa mais preciosa que nós médicos possuímos é nossa arte, vindo a seguir o amor por nossos pacientes, sendo a esperança a chave de ambos.* (Melo,1989:110)

Nesse mesmo período histórico surgiu Vesalius (1514-1564), médico belga, que com sua obra “De Humani Corporis Fabrica” publicada em 1543, marcou o rompimento com o passado, questionando a hegemonia das idéias de Galenus, desafiando assim os preconceitos estabelecidos.

No fim do Renascimento, outra figura peculiar surgiu no meio médico: o espanhol Michael Servetus. Um de seus grandes legados, que interferiu na relação médico-paciente, foi a possibilidade de administrar as drogas através de veículos agradáveis, beneficiando os pacientes.

Este período histórico, fim da Renascença e início da Idade Moderna, passou a ser um grande marco no ensino médico, quando Galileu Galilei (1564-1642), Francis Bacon (1561-1626) e René Descartes (1596-1650) promoveram uma revolução que marcou profundamente os caminhos da ciência. Francis Bacon, defensor do método experimental, passou a ser considerado como o pioneiro na transformação da medicina em uma ciência.

No início da Idade Moderna, embora Linneu tenha incluído o homem no conjunto da Natureza, destacando-lhe a propriedade da razão, Descartes retomou a dicotomia entre o corpo e a alma, porém, não na perspectiva platônica, mas definindo o corpo como objeto e o homem como máquina. Esta filosofia cartesiana colocou a doença, seja ela do corpo ou mente, como objeto da Física e das ciências naturais. Se, de um lado, restituiu ao médico, a responsabilidade sobre o processo de saúde/doença, por outro, não permitiu a ampliação dos conceitos relacionados aos fenômenos emocionais.

Assim, a medicina recebeu a influência do método científico de Descartes, a partir de sua obra *O Discurso do Método*, levando a uma necessidade de distanciamento do físico e do metafísico. Ao enunciar os quatro preceitos metodológicos, o filósofo acabou gerando uma nova corrente: o racionalismo. Segundo Rubano e Moroz:

Descartes acredita na possibilidade de conhecer e chegar a verdades. Isso só é possível pela recuperação da razão: por meio de recursos metodológicos, propõe a utilização adequada da razão, de forma a obter idéias claras e distintas (verdades indubitáveis), ponto de partida para alcançar novas verdades também indubitáveis. (1996:202)

Já no século XVII, de acordo com Laville, *surge, principalmente, a preocupação em se proceder à observação empírica do real antes de interpretá-lo pela mente* (1999:23) (grifo do autor). Locke passou a ser o grande representante dessa corrente filosófica: o empirismo. Assim é que, segundo Aranha: *o materialismo naturaliza o corpo e suas funções, o que significa, em última instância, que o corpo físico já não é um corpo vivente.(...) Aliás a palavra corpo, do latim corpus, significa "cadáver".* (1993:313) (grifo da autora)

Tanto o racionalismo quanto o empirismo colaboraram para uma medicina baseada em evidências matemáticas, experimentais, o que, em última análise, afastou as emoções do cenário das doenças.

Muitos foram os pesquisadores que marcaram essa época. *O método fisiológico moderno (experimentação, medição e indução) teve seu ponto de partida com o trabalho de William Harvey* (Facchini,1999:7) que descreveu a circulação sanguínea, em 1628. Era o momento de observação e avaliação do mundo, e a ciência natural se distanciou da teologia. Surgiram, nesta época, duas correntes de pensamento médico: os iatrofísicos, que acreditavam que os fenômenos da vida e das doenças poderiam ser explicados pela física, e os iatroquímicos, que buscavam as mesmas explicações no campo da química. Nenhuma dessas correntes filosóficas porém, buscava conhecer a pessoa em si, não ousando, pois, buscar as explicações do Ser-no-mundo.

A relação médico-paciente tornou-se dificultada, nesta época, pela postura adotada pelos médicos. Procuravam usar uma atitude pomposa e falavam um latim complexo e truncado para impressionar os pacientes.

Na contramão dessas posições filosóficas, surgiu, no século XVII, o judeu holandês Baruch Spinoza (1632-1677), que dizia que a alma e o corpo exprimiam, a seu

próprio modo, os eventos que lhes acometessem. Assim, Spinoza descreveu afecções, hoje sabidamente de origem psicossomática. Em seu pensamento, a tirania, a tristeza, as paixões, enfim, os sentimentos, estavam intimamente ligados à gênese das doenças.

O Iluminismo do século XVIII influenciou profundamente a medicina e seu ensino. Foi neste período, de valorização da ciência, bem como de atenção aos direitos naturais do homem, que Morgagni (1682-1771), professor da Universidade de Pádua, deixou seu maior legado à medicina: a correlação dos sintomas clínicos com as lesões anatómicas, através da publicação, em 1761, de seu livro “De Sedibus et Causis Morborum”.

A par dos conhecimentos técnicos adquiridos durante os anos, o paradigma do ensino médico permaneceu sem qualquer alteração até o surgimento, na Universidade de Leiden, do professor Hermann Borhaave (1668-1738). Seu grande feito foi modificar a técnica didática da época, levando os alunos para a beira dos leitos, onde ensinava uma medicina prática centrada no doente. O professor Borhaave ensinava aos seus discípulos que *a meta principal da Medicina é curar o paciente.*(Melo,1989:152)

Começaram, então, a surgir, separadamente da clínica médica, as especialidades, entre as quais a Cardiologia e a Pediatria. Esta última sob forte influência dos escritos de Rousseau, que acabou por incentivar o ato de amamentação. Este período tornou-se o marco da proibição da prática leiga da medicina. A França e a Alemanha ofereciam cursos de cirurgia, agora já integrada à medicina, proibindo, assim, o ofício aos barbeiros.

Também, no século XVIII, surgiu Pinel, empirista e naturalista, inaugurando uma clínica de observação e terapêutica do mundo consciente, tomando a *desrazão humana como objeto de um olhar científico* (Pitta,1999:81), entrando, assim, para a história da medicina como o pai da psiquiatria moderna.

Enquanto a maioria dos países europeus fervilhava diante da abertura científica que o período iluminista propiciou, Portugal, que, posteriormente, iria influenciar a medicina brasileira, ainda encontrava-se bastante atrasado quanto ao ensino médico, tendo reformado a Universidade de Coimbra, somente em 1772. Gordinho apresenta a situação portuguesa, quando diz:

Com o avançar do século XVIII intensificaram-se os esforços para a inserção de Portugal nos quadros da filosofia do Iluminismo. Urgia um conjunto de mudanças capazes de livrar o reino do obscurantismo. Era preciso estender a mudança a diversos setores. A extensão das horas de aula, a proibição da entrega de diplomas sem submissão dos alunos a exames rigorosos e a criação de jardim botânico (...) (1999:61)

Aos poucos, com modificações significativas no ensino médico, durante os séculos, a arte médica transformou-se em ciência, apropriando-se dos métodos científicos da Física e da Química (Tähka,1988). A descoberta do uso propedêutico dos raios X por Roentgen (1845-1922) deu início a era da tecnologia a serviço da medicina. Acentuou-se a perda progressiva do caráter humanístico no atendimento médico e ocorreu a coisificação do paciente, pois o homem passou a ser visto como mero objeto a ser estudado e dissecado. Para alguns autores, o século XIX foi o marco dessa transformação (Tähkä,1988; Machado,1997; Del Volgo,1998). Del Volgo admite uma cisão da medicina em dois períodos determinados, conforme diz em seu texto: *a história da medicina divide-se em dois grandes períodos (...) A primeira, cuja origem se confunde com a da humanidade, durou até o início do século XIX. A segunda, data de apenas cento e cinqüenta anos. (1998:31) (8)*

Assim, *a medicina deixou-se aprisionar pela tecnologia (Del Volgo,1998:49)*, e o médico deixou de ser visto como mago, xamã ou sacerdote, para se transformar em cientista, homem do saber. Saber este que privilegiava apenas o conhecimento técnico da profissão. Como bem coloca Machado, *o ofício da artesanaria se confunde com os procedimentos altamente tecnificados que a maioria dos atos médicos dos tempos pós-revolução científica têm requerido. (1997:23)*

Segundo Tähkä, criou-se uma constante preocupação no sentido de impedir o retorno a uma medicina primitiva, influenciando profundamente a vivência da relação médico-paciente:

Os conceitos e técnicas, nítidos e precisos, da Física e da Química transformaram o médico num homem de ciência que, posteriormente, de modo compreensível, tendeu a encarar com suspeita todo conhecimento que não atendesse aos critérios das ciências naturais. O conhecimento deste último tipo parecia ameaçar o status científico arduamente conquistado que a Medicina havia apenas recentemente obtido e também apresentava o risco de um retorno à magia obscura do passado. (1988:17) (grifo do autor)

(8). A autora citada referiu-se, em seu texto, a “períodos” e a “fases”, por isso usou os termos “primeira” e “segunda” no gênero feminino.

O crescente saber médico, que permitia ao profissional estar informado, instruído a respeito das doenças, bem como uma gama cada vez maior de conhecimentos científicos adquiridos através da experiência, afastaram os médicos da vivência humanística. Lamentavelmente, para que o médico pudesse manter o *status quo* de cientista e homem do saber, houve uma perda progressiva da percepção do Outro. O homem em-si cedeu lugar ao corpo enquanto objeto de pesquisa. Souza evidencia bem esta mudança de paradigma médico, quando traz uma pergunta bastante pertinente e inquietante, em sua tese de doutoramento: *mas...e o paciente? Foi silenciado e tornou-se para o médico uma existência quase virtual às custas de uma negação tão eficiente?* (1998:6)

Em meio a esta negação do discurso do paciente, grandes pensadores e filósofos do século XIX influenciaram a medicina. Um dos que influenciou a prática médica de forma marcante foi Auguste Comte (1798-1857). O positivismo de Comte passou a nortear as pesquisas médicas, permanecendo forte o bastante até os dias atuais. O mesmo ocorreu com o evolucionismo de Charles Robert Darwin (1809-1882): *a teoria darwiniana da evolução, publicada em 1859, trouxe dinamismo à Biologia, que neste século tornou-se uma ciência independente da Medicina.* (Melo, 1989:178)

O maior avanço do século XIX foi, sem dúvida, o diagnóstico. Lamentavelmente, em contraponto, o tratamento se processava por si mesmo (nihilismo terapêutico). O laboratório passou a ser de grande utilidade na medicina. Os cirurgiões passaram a conhecer melhor a anatomia humana. O médico, com uma postura positivista, deixou de ter “poderes miraculosos”. Concomitante a esse desenvolvimento do raciocínio diagnóstico e ao maior conhecimento da fisiopatologia, houve o resgate do comportamento simples à cabeceira do doente, no sentido de melhor observá-lo.

Ao combater a visão mágica e mitológica de outrora, os médicos acabaram por criar um outro mito: o de que a ciência é capaz, por si só, de resolver todos os problemas existentes em relação à saúde da pessoa.

A par da influência positivista, também o Idealismo, enquanto corrente filosófica, marcou a arte médica, ainda que sutilmente. Georg Wilhelm Hegel (1770-1831), filósofo alemão, ao dizer que *toda a verdade pode ser contestada* (Abdo, 1996:22) e ao criar a possibilidade da dialética (tese, antítese e síntese), permitiu um novo pensar médico, criando um espaço para a contradição e possibilitando o questionamento da ordem

médica estabelecida. Edmund Husserl (1859-1958) desenvolveu, também, idéias diferenciadas, cujo postulado básico era a noção de intencionalidade, desenvolvendo a Fenomenologia, corrente filosófica que, posteriormente, viria possibilitar uma mudança conceitual da relação médico-paciente, situando a pessoa como principal referência do ato médico.

Franz Brentano muito influenciou Husserl no sentido de caminhar até o desenvolvimento de sua teoria, pois em seu livro, “Psicologia do Ponto de Vista Empírico”, propôs uma nova concepção do psiquismo, contrapondo-se ao positivismo. O encontro de Brentano e Husserl ocorreu em 1884. Segundo Dartigues:

A grande contribuição de Brentano consiste de início em distinguir fundamentalmente os fenômenos psíquicos, que comportam uma intencionalidade, a visada de um objeto, dos fenômenos físicos; em seguida, em afirmar que esses fenômenos podem ser percebidos e que o modo de percepção original que deles temos constitui o seu conhecimento fundamental. (1973:17) (grifo do autor)

Não por acaso, o mesmo Brentano que influenciara Husserl, também foi mestre de Sigmund Freud, o pai da Psicanálise, responsável por conceitos inovadores que mudaram a dinâmica da relação interpessoal, e por conseguinte da relação médico-paciente.

De acordo com Von Zuben (1989), a fenomenologia é considerada uma das principais manifestações do século XX (embora tenha sido descrita no século XIX), pois permite perceber os fenômenos como da ordem do concreto e portanto, possibilita a reflexão para melhor compreendê-los e desvendar-lhes a significação. A fenomenologia tenta superar não só a dicotomia corpo-espírito, como as dicotomias consciência-objeto e homem-mundo (Aranha,1993,315). Principalmente, a fenomenologia coloca o homem como principal referência. Ora, tal possibilidade veio ampliar a compreensão da doença enquanto fenômeno que ocorre em um Ser-no-mundo. Veio resgatar a possibilidade de ouvir o discurso do paciente como pessoa inserida em seu contexto sócio-histórico.

Vários são os pensadores que deram a esta corrente uma continuidade. Assim é que Heidegger, Max Scheler, Hartmann, Martin Buber, Binswanger, Paul Ricoeur, Sartre, Jaspers, Merleau-Ponty e tantos outros vêm ampliando cada vez mais esta, que parece ser a possibilidade de pensar o Ser doente em toda a sua transcendência.

Embora vital para a medicina, a fenomenologia, lamentavelmente, ainda não ocupou o amplo espaço necessário dentro do ensino médico. Apenas a psiquiatria tomou para si tal conhecimento; as outras áreas da medicina, como a clínica médica e as clínicas cirúrgicas, muito pouco ou quase nada usufruíram desta corrente filosófica. Assim é que o paradigma positivista do ensino médico permaneceu inabalável por todos esses anos.

Ainda no século XIX, as idéias de Marx permitiram um novo olhar sobre a relação entre o médico e seu paciente. Ao introduzir um pensamento em que as relações se fariam através do trabalho, e ao discutir a alienação, quando ocorre a cisão entre o produtor e o produto de seu trabalho, com conseqüente separação entre o pensar e o fazer, incluindo a força produtiva multiplicada (Marx e Engels, 1983), a teoria de Marx permitiu uma análise, no mínimo curiosa, do ato médico. Assim, segundo Pitta, citando Garcia, que, em uma dimensão histórico materialista, conceituou os modos de produção dos serviços de saúde, existiria um modo de produção “artesanal” e um modo “burocrático” como modelos do trabalho médico. No primeiro: *os agentes são proprietários dos meios diagnósticos, tratamento e cuidado; não existe um domínio claro de uma categoria sobre a outra na relação médico-paciente; observa-se uma relação de cooperação entre os membros de uma mesma categoria* (1999,46). No segundo, chamado “burocrático”, os agentes perdem o controle do processo global do trabalho, pois *o indivíduo são ou doente é visto de forma parcelada e surge a necessidade de uma organização total do trabalho.* (1999:47)

No final do século XIX, Sigmund Freud introduziu sua teoria psicanalítica que, realmente, apontou para uma forma diferenciada da relação médico-paciente. Freud, outrora neurologista, percebeu que existiam muitos fenômenos ainda não compreendidos nesse espaço relacional entre o doente que traz em-si uma dor, e o médico, aquele que supostamente está autorizado a acudir este doente, aplacando, da melhor forma, seu sofrimento. Ao demonstrar que as reações humanas podem ser compreendidas e que todas elas têm uma intencionalidade, Freud estava, de maneira inequívoca, modificando para sempre os conceitos sobre as relações entre os médicos e seus pacientes. Outros psicanalistas, Ferenczi, Jelyfe e Grodeck, abriram caminho para a medicina psicossomática, termo que, segundo Del Volgo (1998), surgiu em 1818 e foi cunhado na tentativa de explicar os distúrbios corporais com origem psíquica. Assim, tais profissionais

estudaram as *relações mente-corpo* e enfatizaram as raízes emocionais de doenças orgânicas. (Abdo,1996,22)(9)

Muitos foram os estudiosos deste assunto. Jung, Lacan e outros tantos partiram da psicanálise e, mesmo tendo formado suas próprias “escolas”, tiveram o mesmo peso em relação aos conhecimentos gerados. Del Volgo enfatiza a importância desta mudança de paradigma, quando diz:

No século XIX, no avanço heróico das ciências experimentais, a fala e as queixas dos pacientes, fontes de erro no diagnóstico, devem ser reduzidas a um mínimo escrito. O médico deve mais observar que escutar. (...) Freud realizou, “desviando-se”, o retorno para aquilo do qual a medicina se esforçava por se afastar, esse resto constituído pelas falas do paciente, manchadas de subjetividade e de engano, portadoras de ilusões anticientíficas. (1998:138)

Ainda em fins do século XIX, surgiu Emil Kraepelin, que impulsionou a psiquiatria, sistematizando as manifestações mentais, assim como Wilhelm Griesinger já o fizera com as doenças do cérebro (Perestrello,1989:19). Este século viu, também, surgir na Alemanha, a Psicologia enquanto ciência, em sua vertente psicofísica. O médico Ivan Pavlov (1849-1936) acabou por influenciar tanto a psicologia quanto a medicina através de seus estudos sobre os reflexos condicionados.

A partir do século XX, principalmente após as duas guerras mundiais, muitos avanços tecnológicos foram incorporados à ciência médica, principalmente na área da cirurgia e traumatologia, sendo que tais atendimentos de urgência, assim como a prática médica referendada pelas ciências naturais, são mais voltados à enfermidade do que ao paciente. (Tähkä, 1988)

A medicina, fortemente influenciada pelo tecnicismo, tem sido, desde então, uma constante na formação profissional do médico. Os conhecimentos psicanalíticos que, a cada momento desse século vinham sendo ampliados, passaram a ser vistos como exclusivos de psicanalistas, psicólogos e alguns psiquiatras. Estabeleceu-se, informalmente, que os médicos clínicos e cirurgiões não podiam, ou não deviam, deter tais conhecimentos. Assim, eles iniciaram um afastamento do doente enquanto ser humano, aproximando-se gradativamente de uma medicina que privilegiava sobremaneira o tecnicismo, embora o uso adequado da técnica e o bom relacionamento médico-paciente

(9). Grifo da autora citada

não sejam possibilidades excludentes. O uso adequado da tecnologia é fundamental na prática médica. O que não se deve perder de vista é o atendimento humanizado do doente como um todo, inserido em sua história de vida (Cárdenas,1992). A medicina do doente não exclui a medicina da doença, mas sim, a amplia no sentido de um atendimento holístico.

O século XX conheceu ainda o filósofo francês Michel Foucault (1926-1984), estudioso do discurso médico e um marco do pensamento clínico. Em seu livro, *O Nascimento da Clínica*, Foucault discute a história da medicina e reflete sobre o discurso médico, ampliando a possibilidade do olhar do clínico, conforme ele mesmo diz: *a percepção da doença no doente supõe, portanto, um olhar qualitativo; para apreender a doença é preciso olhar onde há secura, ardor, excitação, onde há umidade, ingurgitamento, debilidade.* (1994:13)

No outro extremo do tecnicismo, que procurava sobrepor-se à pessoa, pode-se dizer que o século XX foi, através da sedimentação das teorias de Sigmund Freud, Carl Jung e Adolf Meyer, o marco inicial do interesse da inter-relação entre o corpo (soma) e a psique. Conforme Perestrello: *o ano de 1906 constitui a meu ver um marco na história psiquiátrica. É quando Carl Gustav Jung, então discípulo de Freud, com a psicologia freudiana já ensaiada nas neuroses, procura devassar o mundo interior até então incompreensível dos psicóticos.* (1989:23)

Muito embora o termo “psicossomático” tenha sido cunhado no século XIX, coube a Franz Alexander, europeu radicado nos Estados Unidos, o mérito de perceber, descrever e estudar as possíveis interações entre os conflitos mal resolvidos e a sintomatologia somática dos pacientes, promovendo o desenvolvimento da medicina psicossomática (Perestrello,1989;Luz,1993). Outros autores destacaram-se dentro dessa linha teórica: Luchina, na Argentina, Schneider, na França e Balint na Inglaterra (Luz,1993). Segundo Abdo: *foi na Tavistock Clinic, Inglaterra, com Michael Balint, que, em 1950, se iniciou o estudo científico da relação médico-paciente, através de reuniões de clínicos gerais.*(1996:22) (grifo da autora)

Ainda em Londres surgiu, nesta mesma época, Donald Winnicott, que por ser médico e psicanalista transitou por entre a pediatria e a psicanálise, muito contribuindo com os conceitos já discutidos (Outeiral,1991). Balint, *tanto quanto seu contemporâneo Winnicott se interessaram pelo corpo em suas facetas mais diversas.*(Sapir,1994:110)

Balint detém o mérito de ter aproximado os conceitos psicanalíticos do contexto médico (Missenard,1994). Ao dizer textualmente que cada médico pode ser, e é, um terapeuta, Balint autorizou o uso dos conhecimentos outrora restritos aos psicanalistas, psicoterapeutas e psicólogos, aos clínicos, iniciando uma nova orientação teórica que pretendeu mudar radicalmente o paradigma da consulta médica. Seu outro mérito foi levar sua teoria e seu método à universidade. Balint desenvolveu, na década de 60, o ensino da relação médico-paciente na escola médica ao introduzir seus grupos no University College Hospital, em Londres. Também sua esposa Enid Balint muito acrescentou aos conhecimentos de medicina psicossomática, inclusive descrevendo uma técnica, “flash”, em que os clínicos, em apenas seis minutos poderiam estar atendendo seus pacientes com um enfoque mais holístico.(Balint,1976)

No cenário mundial, o número de médicos cresceu de forma vertiginosa. As faculdades de medicina se multiplicaram. O ensino passou a ser contínuo através de cursos, simpósios, congressos e no final do século, através da internet. As revistas médicas, os livros e os filmes médicos, bem como os canais de televisão a cabo, direcionados para os médicos, têm permitido a educação continuada com atualização permanente.

A introdução, contudo, da psicologia no currículo médico é recente e deve-se a Ludwig Krehl, ilustre internista de Heidelberg. Este médico assim o fez, na década de 30, pela “singularidade da pessoa”, ou seja, da “*persona*” (Arruda,1999b,7)(10). Criou-se a partir de então o conceito de atendimento do paciente como um todo, uno e indivisível (holístico). Embora o tecnicismo exacerbado e o positivismo ainda sejam influentes o bastante dentro da formação médica, o humanismo e, principalmente os conceitos psicanalíticos, mormente na vertente balintiana, vêm ganhando espaço principalmente dentro do ensino médico europeu.

2. HISTÓRIA DO ENSINO MÉDICO NO BRASIL

A par da caminhada do ensino médico em todo o mundo, particularmente no Brasil, a história desta formação é bastante recente. Embora, no século XVI, Pedro Álvares

(10) Aspas colocadas pelo autor

Cabral tenha trazido consigo o cirurgião do rei D. Manuel I, “Mestre João”, o marco inicial da Medicina no Brasil deveu-se, à semelhança do ocorrido na Idade Média europeia, aos padres que aqui chegaram durante o período de colonização. Assim, Gordinho informa que

(...) o trabalho de descrição de nosso exuberante mundo natural foi levado adiante por homens que para cá vieram a serviço da missão colonizadora, entre os quais merecem maior destaque Nóbrega e Anchieta, ambos da Companhia de Jesus. Paralelamente à catequese, os jesuítas mantinham boticas de medicamentos e atendiam os doentes.(1999:37)

No princípio, embora houvessem pajés, xamãs e feiticeiros imbuídos da arte de curar, os homens primitivos que aqui viviam não conheciam muitas doenças. O próprio ambiente favorecia o bem-estar e o equilíbrio da saúde. *No Brasil, o conquistador foi o principal agente responsável pela circulação e disseminação das doenças.* (Gordinho,1999:41)

Ao disseminarem as moléstias infecciosas, os colonizadores acabaram, também, por entrar em contato com a rica farmacopéia natural já conhecida pelos indígenas. As constantes viagens através do Atlântico, possibilitaram uma exportação dessa farmacopéia para o meio médico europeu. Muitos médicos vieram ao Brasil para conhecer de perto as novas ervas e os novos medicamentos. Houve, pois, um importante intercâmbio de conhecimentos nessa área. Contudo, era difícil aos médicos europeus fixarem-se em terras de além-mar. A Colônia mantinha-se carente de tais profissionais. *Em virtude da vasta extensão do Brasil e da elevada demanda, os profissionais da medicina eram insuficientes para atender as populações na luta cotidiana contra as doenças* (Gordinho,1999:53). Na esteira desta situação, a medicina do senso comum, o curandeirismo, a pajelância, os raizeiros e os barbeiros tornaram-se as opções de atendimento ao doente brasileiro. Esta situação durou até o século XVIII, quando Portugal passou a fiscalizar a área de saúde. Assim, *a vigilância dos indivíduos que praticavam a Medicina informalmente, eram os alvos principais dos órgãos sanitários* (Gordinho,1999:53). Em 1782 criou-se o Protomedicato, com o objetivo de legalizar a prática médica e perseguir os curandeiros.

O século XVIII, conhecido como o século do Iluminismo, viu crescer na Europa uma medicina atrelada à ciência e aos métodos experimentais, enquanto, na Colônia, o empirismo mágico e religioso ainda ditava as normas relativas ao processo saúde-doença. Assim, os jesuítas eram os que ainda detinham os conhecimentos mais

amplos em relação ao tratamento das doenças, e, portanto, as Santas Casas eram a possibilidade de um atendimento ao brasileiro pobre. Nessa mesma época surgiram os primeiros hospitais militares para que os homens das tropas pudessem ter acesso ao tratamento médico. Aos ricos sempre havia a possibilidade de um atendimento médico domiciliar com profissionais vindos de Portugal. A medicina brasileira era precária em relação aos padrões europeus. Gordinho explica que:

A precariedade da assistência médica na Colônia não decorria apenas do descaso das autoridades metropolitanas em relação à saúde de seus colonos; boa parte do que aqui se passava era reflexo de um Portugal que não acompanhara a evolução do ensino médico ocorrida, desde o século XVII, em lugares como a França e a Inglaterra(...) Com o avançar do século XVIII, intensificaram-se os esforços para a inserção de Portugal nos quadros da filosofia do Iluminismo (1999:61)

Portugal encontrava-se, então, diante de um dilema: o Iluminismo obrigava-lhe a abrir as portas ao conhecimento e urgia permitir à Colônia o desenvolvimento intelectual. O problema era como fazer isso sem abalar o processo de colonização. O medo de que os povos colonizados pudessem pensar criticamente e emancipar-se paralisava o processo. Porém, o reino não podia descuidar da saúde do povo brasileiro. Colonizados e colonizadores não podiam permanecer à mercê das epidemias (Gordinho,1999). Gordinho demonstra como tal impasse, curiosamente, acabou por resolver-se através de uma decisão política estratégica, que não tinha relação com o ensino médico, mas sim, deveu-se ao fato de D. João VI e sua família terem sido obrigados, pelo exército de Napoleão Bonaparte, a deixarem Portugal às pressas e estabelecerem-se na Colônia :

A chegada de D. João VI, em 1808, marcou uma transformação definitiva. (...) o Brasil adquiriu sua identidade. De colônia passou a sede do reino de Portugal, abrigou o rei e a Corte. Assim, em Salvador, (...) graças a José de Correia Picanço (1745-1823), brasileiro que era o cirurgião real, deu-se a criação da Escola de Cirurgia da Bahia, a primeira do Brasil. (1999:62)

O ensino médico brasileiro surgiu, pois, no cenário mundial, não em consequência de uma reivindicação da comunidade carente de profissionais de saúde ou mesmo por proposta educacional, mas sim, devido à vinda da família real portuguesa para a Colônia, aturdida com os fatos políticos europeus, e à consequente necessidade de melhoria do atendimento médico da Corte que aqui chegava (Machado,1997). A ratificar tais fatos, Batista afirma a respeito da educação médica brasileira: *o marco inicial de sua*

história é 1808, logo após a chegada da Família Real Portuguesa e do Príncipe Regente, com a criação do primeiro curso Médico-Cirúrgico na Bahia.(1998:21)

Apenas dois meses após a criação da Escola de Cirurgia da Bahia, D. João VI, transferindo-se para o Rio de Janeiro, além de abrir os portos brasileiros ao comércio e instalar a Impressão Régia, criou uma nova escola médica: a Escola de Cirurgia do Rio de Janeiro (Rezende, s/d; Batista,1998; Gordinho,1999)

Os dois primeiros cursos médicos criados no Brasil, em 1808, as chamadas Escola de Cirurgia da Bahia e Escola de Cirurgia do Rio de Janeiro, a princípio, não se constituíam em longos cursos de formação em medicina geral, mas, eram apenas um conjunto de “aulas” de anatomia e cirurgia (Kaufman,1991:19) (aspas do autor). A Escola de Cirurgia da Bahia foi transformada em “Colégio Médico-Cirúrgico”, em 1815 e a do Rio de Janeiro, tornou-se “Escola Anatômica, Cirúrgica e Médica”, em 1813 (Rezende,s/d;Brandão,1997). Posteriormente, em 1832, ambas se transformaram, realmente, em Faculdades de Medicina, quando adotaram normas curriculares advindas das faculdades francesas (Batista,1998:21; Brandão,1997). Como ainda não existiam os hospitais de clínicas para o aprendizado dos estudantes, ambas as faculdades utilizavam, para esse fim, as Santas Casas e os Hospitais Militares (Gordinho,1999). O curso de cirurgia, de ambas as faculdades, durava apenas 4 anos e as referências aos docentes são escassas. Conforme Batista, naquela época, as instalações eram *inadequadas, docentes despreparados e instrumental carente* (1998:21), e o enfoque dado ao ensino médico de então, era centrado na observação clínica.

Em 1815 o currículo das escolas foi ampliado com a inclusão da química, fisiologia, higiene, etiologia, patologia, terapêutica, operações, obstetrícia e clínica médica, distribuídas em 5 anos de curso. Em 1832 houve o acréscimo da física e botânica, passando o curso a ser dado em 6 anos, de forma bastante teórica. As escolas médicas brasileiras tiveram, até a república, uma influência marcadamente francesa e alemã, principalmente do darwinismo biológico, do positivismo e do materialismo filosófico e político (Batista, 1998).

A segunda metade do século XIX trouxe ao Brasil o mesmo progresso e gosto pela ciência que se fazia acontecer na Europa:

A despeito da produção nacional (em 1885 tem-se a primeira Tese de Doutorado, defendida no Rio de Janeiro), as marcantes “revoluções científicas” no campo da saúde impactaram as duas escolas médicas brasileiras, reforçando a influência francesa no ensino de medicina no país. (Batista, 1998:21)

Assim, aqui também, os médicos procuravam livrar-se das idéias pré-concebidas sobre o caráter místico das doenças. Pensar que as enfermidades tinham causas mágico-religiosa era próprio de charlatães (Gordinho, 1999).

Em 1854 ocorreu uma reforma do ensino médico que definiu a Congregação dos Lentes (docentes catedráticos) e criou laboratórios, horto botânico e maternidade (Batista, 1998). Porém, o ensino médico mantinha-se conservador. Não há nenhuma referência ao ensino da relação médico-paciente nessa época.

Em 1865 o país assistiu ao surgimento da chamada “escola tropicalista baiana”, em que se destacaram três médicos estrangeiros radicados em Salvador: o escocês John Paterson, o alemão Otto Wuchere e o português Silva Lima (Gordinho, 1999). Esta, que não se efetivou como uma faculdade, foi considerada, por Batista, como *um sinal diferente* (1998:21), pois procurava centrar o ensino nas doenças próprias da Colônia, tendo sido berço da medicina experimental no Brasil. Gordinho explica como era o ensino dos tropicalistas: *reuniam-se para discutir casos médicos, realizavam estudos e observações com base em dados fornecidos pelo microscópio e pela anatomia patológica.* (1999:66)

Somente em 1884 houve a inclusão da psiquiatria na grade curricular das escolas médicas brasileiras, devido a outra reforma educacional, esta, coordenada pelo Visconde de Sabóia. À semelhança do ensino médico europeu, a ginecologia e a oftalmologia também passaram a integrar o currículo médico.

Em 1899, foi implantada a “Faculdade Livre de Medicina e Farmácia de Porto Alegre”, considerada como a terceira escola médica brasileira. *Entramos no século XX, portanto, com apenas 3 escolas médicas*, cita Batista em seu livro *O Professor de Medicina* (1998,22). Paralelamente, o Canadá tinha, ao adentrar ao século XX, 7 faculdades; o México, 9 e os Estados Unidos, 57 (Batista, 1998)

No século XX, outras faculdades surgiram: a Faculdade de Minas Gerais, em 1911, a do Paraná em 1912, a de São Paulo em 1913, a do Pará em 1919 e, em 1920, a do Recife. O Brasil só conheceu sua primeira Universidade em 1922: a “Universidade

Brasileira”, no Rio de Janeiro. Em 1930, o país já contava com 12 escolas médicas, inclusive com a “Faculdade Fluminense de Medicina”. A “Escola Paulista de Medicina”, a primeira a ter seu próprio hospital escola, foi inaugurada em 1933 (Gordinho,1999).

Na década de 50, surgiu a chamada **segunda fase** do ensino médico. Ao contrário do que teria sido a **primeira fase**, um ensino baseado na observação clínica e anatomopatológica, na denominada **segunda fase**, ocorreu, pois, uma necessidade de desenvolvimento tecnológico e científico por conta do processo de desenvolvimento industrial que se verificou no país (Batista, 1998).

Ainda nos anos 50, paralelamente ao desenvolvimento tecnológico, a teoria psicanalítica de Freud e seus discípulos e a teoria desenvolvida por Balint, em Londres, influenciaram o ensino médico brasileiro. Os conceitos psicanalíticos foram introduzidos no Brasil por Marcondes, que percorreu também o caminho da psicossomática, pontuando para os médicos o *“jogo” de pacientes masoquistas, os quais se submetem a diversas intervenções, até com risco de vida, no intuito de diminuir suas culpas inconscientes (tentativa de expiação)*. (Abdo,1996:22) (aspas colocadas pela autora)

O introdutor da teoria balintiana e dos grupos Balint, no Brasil, foi o psicanalista Danilo Perestrello, em 1958, no Rio de Janeiro. Ele foi o fundador do Departamento de Medicina Psicossomática, no serviço da 4º Enfermaria do Hospital Geral da Santa Casa de Misericórdia. (Luz,1993)

Na década de 60, segundo Gordinho (1999), formavam-se 1.787 médicos anualmente, pois já haviam, no país, 26 faculdades, inclusive a de Goiás. Nessa época, o ensino da relação médico-paciente na perspectiva balintiana era uma realidade no Rio de Janeiro. O próprio Balint esteve no serviço de Perestrello, em 1961, para treinar os líderes dos grupos. O continuador de seu trabalho foi Abram Eksterman, além de outros discípulos, dentre os quais o Dr. Hélio Luz. (Luz,1993)

Nos anos 70, o Brasil contava com 43 instituições de ensino médico, acrescidas para 82 em 1996 (Ramos,1998). Ao longo desses anos o modelo pedagógico, marcadamente influenciado pelo modelo europeu, foi substituído pela hegemonia da escola americana. Assim, é que Batista aponta :

A influência mais marcante é a incorporação das propostas do Relatório Flexner, publicado nos Estados Unidos em 1910. Basicamente, as propostas desse relatório eram: vinculação das escolas de medicina à Universidade, criação dos Departamentos em lugar das Cátedras, desenvolvimento do ensino e pesquisa em ciências básicas, criação do ciclo básico diferenciado do ciclo profissional ou clínico e incorporação do hospital como campo fundamental do treinamento clínico. (1998:24)

Com a criação dos Departamentos e com a divisão do curso em ciclo básico e ciclo profissional, o modelo flexneriano, impregnado de concepções positivistas, acabou por dicotomizar não só o processo de ensino, mas principalmente o ser humano que é, em última análise, o objeto de estudo do médico (Machado,1997). O paciente, internado em enfermarias especializadas, distribuídas pelos Departamentos, passou a ser estudado (e atendido!) em partes de acordo com o órgão afetado. Assim, por exemplo, o cardiopata tornou-se paciente dos cardiologistas do Departamento de Clínica Médica, dando-se ênfase ao seu coração doente. Cindiu-se definitivamente a pessoa.

Flexner, ao elaborar seu relatório, valorizou sobremaneira o hospital como espaço de aprendizagem e, afastou os aspectos preventivos do ensino médico. A medicina tornou-se eminentemente curativa. Houve uma organização minuciosa de cada especialidade. Curiosamente, todas essas formas de compartimentalização foram acentuadas com as propostas de Medicina Integral, apresentadas na Conferência em Colorado Springs, em 1952, e adotadas nas escolas médicas na década de 60 (Batista,1998). A par do nome, Medicina Integral, que sugeria uma unidade, a dicotomia da proposta fazia-se, principalmente, entre as práticas preventiva e curativa da medicina. Conforme Batista: *o preventivismo, em sua origem, abrigava, fundamentalmente, três aspectos: a disciplina de higiene (...), a discussão dos custos do atendimento médico e a proposta da definição das responsabilidades médicas. (1998:25)*

O ensino médico da década de 70 viu nascer a Medicina Comunitária, quando buscou reinserir o doente em seu campo social, e a reconhecer a unidade entre os aspectos orgânicos e psíquicos e entre as condutas preventivas e curativas. O final destes anos trouxe um novo questionamento às escolas: como reorganizar o ensino para formar o médico geral? A proposta, vinda do Canadá e dos Estados Unidos, preocupava-se com uma formação mais unitária, sem tantas dicotomias. Em 1978, a Conferência Internacional da Organização Mundial de Saúde, em Alma-Ata, priorizou, para toda a década de 80, uma atenção primária à saúde, buscando a reintegração da medicina preventiva com a medicina

curativa (Venturelli,1997; Batista,1998). A influência desta reunião se fez notar no ensino médico, apresentando como meta a “Saúde Para Todos no Ano 2000”, impulsionando a implantação dos programas de Integração Docente Assistencial (Batista,1998). Ainda, segundo Batista, *a terminalidade da graduação, enfocando a formação do médico generalista ou de família, foi a temática mais discutida na década de 80* (1998:26). Em meio a essas novas perspectivas, o projeto de Perestrello, no Rio de Janeiro, restringiu-se com sua morte, envelhecimento de seus seguidores e separação do grupo, ficando cada qual em um hospital diferente. Embora tenham formado a Sociedade de Doenças Psicossomáticas, a prática dos grupos Balint ficou esquecida.

No decorrer da década de 80 houve uma marcada preocupação, não com a especialização em si, mas com a formação geral do médico:

No XVIII Congresso da Associação Brasileira de Educação Médica, realizado em Uberlândia, em 1985, reiterou-se o compromisso da escola médica não mais com a “formação do clínico geral”, mas com a “formação geral do médico”, independente do exercício da Medicina geral ou de família. (Batista, 1998:27) (aspas colocadas pelo autor)

A partir dos projetos de Integração Docente Assistencial, a década de 90 viu nascer os programas denominados UNI (Uma Nova Iniciativa na Formação de Profissionais da Saúde: União com a Comunidade). Tais programas caracterizavam-se por uma integração entre a escola médica, os serviços de saúde e a comunidade assistida, bem como tinham compromisso com o enfoque epidemiológico, a instituição das equipes multiprofissionais, a interdisciplinaridade e a instituição do processo de ensino/aprendizagem para além das faculdades, como, por exemplo, nos serviços públicos de saúde.

Outras influências que marcaram o ensino médico brasileiro foram: o Projeto EMA (Educação Médica nas Américas), em 1986; a Declaração de Edimburgo, elaborada pela Federação Mundial de Educação Médica, em 1988; o Fórum sobre o ensino médico, em 1989 e o Encontro Continental de Educação Médica, no Uruguai, em 1994.(Batista,1998)

Apesar de todas essas mudanças no ensino médico, pouco foi discutido, nos últimos anos, a respeito do ensino da relação médico-paciente, ficando tal assunto, aprisionado à disciplina de Psicologia Médica. Conforme Kaufman, ainda hoje, os

professores, amiúde, revelam também pouco conhecimento de Psicologia Médica.(1992:19)

Tendo cindido o homem e o saber, com a proposta flexneriana, e tentado de várias formas reintegrá-los, o ensino médico brasileiro sofre, hoje, uma crise de identidade. Os professores, os alunos, e a sociedade encontram-se perplexos diante da situação que está posta: embora muitos programas tenham surgido e muito tenha sido discutido e reformulado, o médico ainda é formado sob forte influência flexneriana, pronto a tratar a doença e não a atender o doente, inserido em seu meio social. Urge mudar este paradigma. A sociedade clama por profissionais reflexivos, comprometidos com os anseios sociais e políticos, que tenham uma visão humanística no trato com os pacientes, que busquem cuidar e não só curar os indivíduos, e que sejam atores de uma transformação profunda rumo ao bem-estar social.

Não só no Brasil, mas em todo o mundo, paralelamente aos avanços tecnológicos, os médicos se viram em condições, muitas vezes, desastrosas, como a evidenciada na pesquisa da Associação Médica Filandesa, em 1973. Os pacientes finlandeses encaravam de forma ofensiva a pressa com que os médicos os atendiam e como não se atinham aos seus sintomas (Tähkä,1988). Cruz mostra-nos que esta situação é semelhante também em países americanos: *pesquisa como a das cinco universidades de Ontário revelam as expectativas da comunidade, que reivindica médicos que não só entendam o que o paciente tem, mas o que ele espera, o que ele teme e o que ele sente.* (1997:23)

O atendimento médico tornou-se precário em todo o mundo. Depoimentos de pacientes insatisfeitos com os médicos ganharam espaço na imprensa. Os profissionais vêm, a cada dia mais, transformando-se em meros técnicos em determinadas doenças, porém, continuam desconhecedores do doente. Cruz expressa com muita clareza essa situação preocupante: *(...) e o paciente é visto como pequenas peças de um quebra-cabeça, às vezes sem um "dono" que o monte adequadamente.* (1997:23)

A prática médica, cada vez mais dicotomizada através da especialização, tem sido, conforme salienta Machado, responsável pela queda da qualidade de atendimento à população: *a especialização é, em parte responsável por essa redução da capacidade de o médico manter uma relação mais total, mais coerente, mais humana com o paciente. (...)*

os médicos não querem saber do paciente, querem saber do problema específico que o mesmo apresenta. (1999:24)

Dolci, advogada, consultora do Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor e membro da Comissão de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da USP, é categórica em afirmar que *a relação médico-paciente pode reservar situações difíceis, mas se se torna frágil poderá causar mal-entendidos, com desdobramentos geralmente ruins para ambas as partes* (1999:6)

O médico, no Brasil de hoje, é visto com certo descrédito. *O que mais irrita o paciente e sua família é a arrogância do médico, apoiada à sua concepção de excelência técnica* (Gomes,1999:139). Avolumam-se pacientes que buscam em curandeiros, charlatães e balconistas de farmácias o alento para suas dores. É o retrocesso ao curandeirismo de outrora. Jouanen, em artigo no jornal do Conselho Federal de Medicina, compartilha dessa mesma opinião:

(...) constata-se o descrédito social. O médico não é mais aquela pessoa que nos anos 40, 50 - e talvez, nos 60 - detinha uma imagem de nível elevado. Muitos fatores contribuíram para esse descrédito do médico frente a sociedade. Fatores que vão desde a perda da relação médico-paciente até o crescente interesse econômico (...)(1999:22)

Conclui-se que a relação humana ficou perdida nas páginas da história, e, principalmente, em meio ao caos do pós-guerra. Agora, diante do pós-modernismo, cujas características mais marcantes se resumem na era da informática, no niilismo, na ausência de valores e no vazio (Santos,1998), fica-se a questionar como formar um médico adequado ao atendimento do homem em-si.

Para encontrar essa resposta há de se retomar a história do ensino da relação médico-paciente, pois ao revisitar o passado, resgata-se conceitos que deverão ser incluídos no projeto do futuro.

O ensino da relação médico-paciente, na maioria das escolas médicas, faz parte do conteúdo programático da Semiologia Clínica ou da Psicologia Médica, ambas disciplinas do 3º ano do curso de graduação. *A visão de saúde e doença freqüentemente oferecida ao aluno é predominantemente organicista, não valorizando um Homem com vida psíquica* (Kaufman,1992:19) (11). Busnello pontua bem esta situação, ao dizer:

(11) grifo do autor

As escolas médicas convencionais têm dado ênfase, em seus primeiros anos, ao ensino dos aspectos morfológicos e funcionais dos seres humanos. As escolas de Medicina, que pretendem ser inovadoras, partem do reconhecimento da necessidade que tem o médico de conhecer não só os aspectos físicos e funcionais, mas também as dimensões psicossociais do ser humano, objeto de sua atividade, sobre o qual tem compromissos de natureza profissional, moral, científica e humanística. (1997:13)

O ensino médico chega ao terceiro milênio com grandes dificuldades, mas, também, buscando soluções pedagógicas para propiciar uma formação adequada aos novos médicos. Segundo Gomes, o país contava, até início do ano 2000, com 93 escolas médicas, 50% delas na região sudeste, que junto com a região sul são responsáveis por 80% de todas as vagas oferecidas nos cursos de graduação (1999:109)

Neste início de 2001, o Brasil contabiliza mais de 100 faculdades de medicina. Ramos é contundente em dizer que estamos numa fase onde, em muitas escolas, ainda não criamos as condições mínimas para que o ensino realmente adequado seja ministrado (1998:24). Com base em pesquisa realizada pela Comissão de Especialistas em Ensino Médico, realmente, só 21,6% das escolas médicas do país são consideradas plenamente satisfatórias quanto às condições de ensino, pesquisa e extensão; sendo que 72,3% das faculdades têm carências de diversas proporções (Ramos, 1998). Esta situação está posta, muito embora haja uma tentativa de controle de qualidade do ensino médico por parte dos órgãos competentes. Assim, é que o Conselho Nacional de Saúde procura avaliar previamente as faculdades que abrem suas portas para os futuros médicos: *um curso de graduação em Medicina para ser criado (...) deve ser submetido à prévia avaliação do Conselho Nacional de Saúde, segundo determina o Decreto nº 2.306/97, que regulamenta o sistema federal de ensino (CREMERJ,1999:10)*. Também, o Conselho Nacional de Educação, em casos duvidosos, pode emitir um parecer a respeito da criação da nova escola.

Embora exista esse cuidado em estar-se analisando os pretensos cursos, segundo reportagem do jornal do Conselho Federal de Medicina, *a política oficial para o ensino superior brasileiro vem dando espaço ao mercantilismo selvagem, responsável pela abertura indiscriminada e sem critérios de novos cursos superiores na área médica. (MEDICINA Conselho Federal,1999:11)*

O “mercantilismo selvagem” pode ser a possível explicação para o caos que ora parece estar rondando o ensino médico, pois, a medicina, enquanto determinação e

relação social, ainda se impõe como campo hegemônico dentro do contexto capitalista. Os custos atuais dos cursos médicos parecem corroborar a idéia do mercantilismo. Perde-se, hoje, a possibilidade de se utilizar deste espaço para o embate social. Muitas faculdades parecem não estar comprometidas com estas questões. No entanto, a arena educacional é um campo de disputa hegemônica, como diz Frigotto em seu texto: *a educação, enquanto apreendida no plano das determinações e relações sociais e, portanto, ela mesma constituída e constituinte destas relações, apresenta-se historicamente como um campo da disputa hegemônica.* (1996:25)

O ensino médico, que traz em sua tradição uma hegemonia capitalista, que nasceu no Brasil sob a égide da Corte Portuguesa, não foge à regra. Contudo, diante da situação atual brasileira, esse campo passa, agora, por atalhos que se tem adentrado. Um olhar mais atento, pode, mesmo diante de um discurso aparentemente social, detectar sinais claros de ratificação dos conceitos mercantilistas. Mais uma vez, percebe-se a perda da pessoa como foco principal dentro do ensino médico. A relação médico-paciente cede lugar para a relação de mercado, em que o médico torna-se o prestador de serviço e o paciente, Ser que sofre e procura alívio, torna-se o cliente.

Carlyle Guerra de Macedo, do Conselho Nacional de Saúde, explica, no texto “Como Abrir um Curso de Medicina”, que *para a abertura de escolas médicas, o Conselho de Saúde, se baseia na necessidade social, avaliando a relação entre o número de profissionais e o mercado de trabalho.* (CREMERJ,1999:11)

Essa postura, mostra-se concernente à proposta educacional do modelo neoliberal, em que a educação é pensada como capital humano, propondo-se, nesta perspectiva, a formar profissionais para o mercado (Gentili,1998). Tal proposta é preocupante, principalmente quando o curso de medicina deveria formar profissionais para lidarem com pessoas inseridas em sua história e em seu contexto social: o Ser-no-mundo. Afinal, dentro da perspectiva neoliberal, a função da escola se reduz unicamente à formação de recursos humanos para a estrutura de produção (Bianchetti, 1997). Nega-se, assim, a formação do profissional reflexivo comprometido com as questões sociais e humanísticas. Dentro desse contexto, o ensino da relação médico-paciente vem perdendo sua identidade e sua importância. Assim é que, Gomes, refere-se *a uma relação médico-paciente que se aproxima da tragédia e de um número assustador de demandas judiciais, e enfatiza, no seu texto, que a sociedade espera do profissional o respeito à dignidade*

humana como forma de manter uma tradição que consagrou a medicina como patrimônio da humanidade, desde os tempos imemoriais. (1999:173)

A Comissão de Ensino Médico da Associação Médica Brasileira, preocupada com todo esse panorama, elaborou documento a respeito das condições mínimas para criação e funcionamento de escolas médicas, que foi apresentado ao Conselho Nacional de Saúde em 6 de outubro de 1999 (JAMB,1999). O texto, nomeado "*Requisitos Mínimos para Criação e Funcionamento de Escolas, Faculdades ou Cursos de Medicina, Ciências Médicas ou Ciências da Saúde*", visa orientar às faculdades no sentido de formarem médicos generalistas, deixando as especializações no âmbito da pós-graduação. Refere-se, ainda, aos recursos humanos necessários para a criação das novas escolas médicas, pontuando a admissão de docentes com mestrado e/ou doutorado. O documento salienta, também, a necessidade social do curso, ou seja: a abertura de escolas médicas devem depender do insuficiente número de médicos em relação à população, da capacidade econômica para absorção da mão-de-obra, do atendimento às características culturais do País, da necessidade de tratamento das doenças mais prevalentes e das características demográficas da região. A busca de novas soluções do problema não se finda neste documento, mas por outro lado se compromete com uma luta árdua na tentativa de mudança do paradigma do ensino médico.

A preocupação com a formação médica levou, também, em 1989, a criação da Comissão Interinstitucional de Avaliação do Ensino Médico (CINAEM):

O projeto CINAEM tem como proposta para reforma do ensino médico do país o seguinte: interação das escolas com o Sistema Único de Saúde e a comunidade; política educacional do país, favorecendo as universidades; modelo pedagógico, integrando o ciclo básico e profissional e apresentando currículo interdisciplinar adequado à realidade social, orientando-se por critérios epidemiológicos; infraestrutura adequada às atividades das escolas médicas, com programa de manutenção eficaz e racionalização do uso dos equipamentos; gestão autônoma, participativa e com perspectiva estratégica, enfatizando a avaliação contínua e global das escolas médicas; comunidade acadêmica motivada e participativa, atuando ativamente nos programas de formação e gestão das escolas médicas; tecnologias incorporadas de forma adequada; dotações orçamentárias suficientes; profissionais capacitados, contratados criteriosamente e remunerados condignamente por meio de um plano de cargos, carreiras e salários. (Gomes,1999:130)
(Grifo do autor)

O norte perseguido pela CINAEM tem sido a transformação do pensamento positivista, que levou à formação da universidade autoritária, repetidora da ideologia

dominante onde o ensino baseia-se, apenas, na aquisição dos conhecimentos de forma linear, usando o modelo do professor que repassa seus conhecimentos ao aluno, e este torna-se depositário inerte de toda uma bagagem científica, que não se articula com o seu cotidiano. Ao contrário, procura-se, neste momento, a mudança para um pensamento dialético existencial que possibilite uma universidade crítica, aberta a idéias e discussões; um ensino médico que possa ser voltado para as reais necessidades da população, e que os alunos possam se apropriar dos conhecimentos científicos de forma crítica. (Nardi,1989)

A busca do aluno que constrói seu próprio conhecimento, com postura crítica, que privilegia o olhar dialético fenomenológico ao positivista, que dá voz ao sujeito que é o dono e senhor de sua doença, que compreende as humanidades e que se apropria de conhecimentos outros que possam ampliar seus horizontes, tornando-o capaz de ser cuidador da clientela que lhe procure, este deve ser o novo paradigma do ensino médico. Afinal, conforme diz Nardi:

A Medicina tem uma responsabilidade social; (...). Ser médico não é apenas ser técnico, implica em outros compromissos sociais.(...) O avanço tecnológico é útil e necessário, mas não deve limitar a ação social, crítica e política do profissional de saúde em todas as áreas: ensino, pesquisa e assistência. (1989:359/460)

Ensinar dentro desta proposta dialética fenomenológica existencial, perseguindo o objetivo de formar profissionais com postura ética, visão humanista, responsabilidade social, cidadão, capaz de promover a saúde, bem como tratar as doenças, respeitando cada paciente enquanto sujeito de sua história, comunicando-se adequadamente, enfim, médico do Ser-no-mundo, é sem dúvida o grande desafio que se impõe.

O ensino médico vem sendo amplamente discutido nos dias atuais diante das novas políticas de educação. Assim é que, consta na Minuta do Anteprojeto das Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Medicina (Boletim ABEM,2000:8-9) os seguintes artigos, com alguns de seus parágrafos:

Art. 3º - O ensino de graduação em Medicina tem por objetivo a formação, em uma única habilitação, de médicos com:

(...) II. Postura ética, visão humanística, senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania; (...)

Art. 4º - Ao final do curso o aluno deverá ter as seguintes competências:

(...) II. Comunicar-se adequadamente com os colegas de trabalho, os pacientes e seus familiares; (...)

Art. 5º - Os conteúdos essenciais dos cursos de Medicina, na perspectiva do perfil e das competências delineadas, devem contemplar:

(...) IV. Compreensão e domínio da propedêutica médica - capacidade de realizar história clínica, exame físico, conhecimento fisiopatológico dos sinais e sintomas; capacidade reflexiva e compreensão ética, psicológica e humanística da relação médico-paciente(...)

Ainda, no art. 1º da Resolução CCEP/nº274, de 26 de fevereiro de 1988, do Conselho Coordenador de Ensino e Pesquisa da Universidade Federal de Goiás, consta que:

Art. 1º - O curso de graduação em Medicina tem por finalidade proporcionar ao aluno sólidos conhecimentos de medicina em geral sobre os temas mais comuns, conforme nosologia prevalente de abrangência nacional, com ênfase regional, considerando o paciente como um ser indivisível quanto aos aspectos biopsicossociais

Também o Ministério da Educação, através de seu Exame Nacional de Cursos (Provão), deixa claro, nas palavras do Dr. Dejano Tavares Sobral, membro da Comissão de Medicina, a perspectiva desejada do ensino médico: *o médico precisa lidar com os aspectos afetivos do paciente, compreendendo sempre a dimensão humana do exercício da medicina* (Como será a prova? 2001:32)

Diante dessa nova realidade, a Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Goiás, vem pretendendo inovar na formação de médicos, para que estes possam ter uma boa relação médico-paciente, em concordância com Warth que diz que: *a maneira como o médico atende a seus pacientes é, antes de tudo, o produto de modelos adquiridos ao longo de sua formação.* (1998:95)

É por acreditar nessa possibilidade de mudança que esta pesquisa foi desenvolvida. Partindo dessa situação histórica no tempo e no espaço, é que nos próximos capítulos discutir-se-á a vida e obra de Michael Balint, bem como a eficácia de seus grupos dentro do ensino médico.

CAPÍTULO II

MICHAEL BALINT: SUA VIDA, SUA OBRA E O DEVIR DE SUA TEORIA

Michael Balint foi um extraordinário médico e psicanalista, um homem de todos os tempos, cujo impacto na clínica médica e no entendimento da relação médico-paciente tem sido sentido em todos os cantos do mundo.(12)

Lord Rosenheim

Michael Balint, homem de “todos os tempos”, como frequentemente é referido por seus seguidores, deixou uma obra memorável. Transcendeu à Psicanálise e, também, à Medicina. Foi responsável pela revolucionária mudança de paradigma da relação médico-paciente quando desenvolveu uma técnica peculiar que permitiu, e, ainda, permite o desvelar médico em uma dimensão fenomenológica, redimensionando o encontro do médico, enquanto ser humano, com seu paciente, a pessoa doente. Balint mostrou ao mundo médico o significado de pessoa inserida em seu cotidiano, que a partir de suas dores, acaba por organizar sua doença, permitindo, assim, uma abordagem holística do paciente.

Como bem descreveu Desmond Arthur Pond, em prefácio da obra “The Human Face of Medicine” de autoria de Hopkins (1979), Balint é considerado o responsável pelo entendimento e manuseio médico dos encontros interpessoais. Sua obra não influenciou apenas a Medicina, mas também a Psicologia e a Psicanálise. Assim, segundo este autor, o estudo das relações humanas foi ampliado com suas obras sobre as interações entre as pessoas. Além da imensa contribuição para o estudo das relações entre médicos e pacientes, Balint trouxe uma grande colaboração às técnicas psicológicas, principalmente as que trabalham com grupos. Assim, é que a terapia de família, terapia de

(12). “Michael Balint was a remarkable doctor and psychoanalyst, a man for all time, whose impact on general practice and on the understanding of the doctor/patient relationship has been felt all round the world”.(1972:ix)

casais, grupos de encontros, bioenergética, Gestalt terapia e tantas outras, beneficiaram-se de sua teoria. (Pond,1979)

Entendê-lo como pessoa é o caminho para estudar e, sobretudo, pesquisar sua obra. Por esta razão, os dados biográficos podem mostrar seu processo de devenir médico e psicanalítico, bem como a construção de sua teoria.

1) VIDA E OBRA DE MICHAEL BALINT:

Na antiga Budapeste, Hungria, em 1896, nasceu o filho primogênito do Dr. Ignac Bergsman, um clínico geral, que, como sua esposa, era húngaro de ascendência judaica alemã. Este menino, então chamado Mihaly Bergsman, viria posteriormente a ser conhecido como Michael Balint, o homem que deu início a uma profunda reflexão sobre a relação entre o médico e seu paciente.

Os filhos do Dr. Bergsman pareciam afastados da Medicina. Emmi, a mais nova, formou-se em Matemática. O jovem Mihaly pretendia estudar engenharia, pois era, segundo Hopkins (1999:40): *um homem que queria conhecer a estrutura, e como as coisas funcionam* (13). O propósito de Ignac Bergsman não era exatamente este e, assim, para satisfazer o desejo paterno, Mihaly acabou por abraçar a ciência médica.

Enquanto estudante de medicina, ainda que mostrando interesse por química, física e matemática, parecia manter viva a curiosidade de saber como as coisas funcionavam. Surgiu, então, a vontade de conhecer o funcionamento da pessoa em seu próprio eu. Com este desejo em mente, começou a participar dos cursos sobre psicanálise promovidos pelo professor Sandor Ferenczi. Este foi, provavelmente, o grande diferencial de Balint. Ferenczi, segundo Lacan, era *considerado como o menino levado da Psicanálise e permitia-se uma grande liberdade de ação* (1986:238). *Foi o primeiro psicanalista a dar uma significativa importância à pessoa real do analista* (Zimerman,1999:47) e a lançar uma profunda reflexão sobre o papel do terapeuta e sua relação com o paciente, introduzindo um novo conceito de *psicanálise ativa* (Lacan,1986:238). Seus discípulos foram profundamente influenciados por sua teoria e Balint não fugiu a regra. Lacan afirma que *Balint pertence, pois, a essa tradição húngara*

(13) *"a man who wanted to know about structure, and how things work"*

que desabrocha em torno das questões colocadas pela relação entre o paciente e o analista, concebida como uma situação inter-humana que implica pessoas e que, por esse motivo, comporta certa reciprocidade.(1986:239)

Em 1920, tendo concluído o curso médico, Mihaly casou-se com a amiga e colega de sua irmã Emmi, Alice Szekely-Kovacs. O interesse pela psiquiatria se manifestava desde o início de sua carreira de médico, e, como clínico geral, dedicou-se com esmero à relação médico-paciente. (Scheingold, 1988)

Contudo, movimentos políticos anti-semitistas forçaram a mudança do casal para Berlim, onde Balint tornou-se assistente de pesquisa bioquímica no laboratório de Otto Heinrich Warburg, ganhador do Prêmio Nobel em 1931. (Hopkins, 1999)

Embora trabalhando em pesquisas laboratoriais, não perdeu sua ligação com a psicanálise, tendo iniciado sua formação com Hans Sachs. Como analista, começou a atender sob supervisão no Instituto de Psicanálise de Berlim, interessando-se, logo após, pelas doenças psicossomáticas. Em 1923, uniu-se aos professores His e Zondek da Primeira Clínica Universitária no Hospital Charite, tendo, segundo Dr. Harold Stewart, um importante e pioneiro papel neste serviço: *cuidar dos casos psicossomáticos no Hospital Charite de Berlim, o que fez dele uma das primeiras pessoas a tratar as desordens psicossomáticas pela psicanálise.* (Hopkins, 1999:42) (14)

A característica dialética parecia bastante instituída em seu ser: analista, nunca deixou de ser médico; compreendedor do método qualitativo, permitiu-se desenvolver pesquisas quantitativas dentro de laboratório; apaixonado pela engenharia, acabaria entendendo a pessoa. Ainda na Alemanha obteve, em 1924, seu título de PhD em Química e Física. (Hopkins, 1999). Ser psicanalista e ao mesmo tempo conseguir seu PhD em Química e Física, reforçava, de forma clara, esse espírito dialético, o que marcaria profundamente sua obra. Pôde criar, assim, uma ponte de interlocução possível entre a medicina e a psicanálise.

Acalmada as questões políticas e retornando a Budapeste, continuou sua formação por mais dois anos com Sandor Ferenczi, juntamente com Alice, sua esposa, que também tornara-se psicanalista. Nesta época, Ferenczi descrevera a contra-transferência e considerou a personalidade do analista como um instrumento de cura (Zimmerman, 1999),

(14). *“treating psychosomatic cases at Berlin Charite Hospital made him one of the very first people treating psychosomatic disorders by psychoanalysis.”*

possibilidade impensável dentro da corrente psicanalítica ortodoxa. Foram provavelmente estes conceitos de Ferenczi que permitiram ao então psicanalista Michael Balint dizer, e com toda razão, que o médico tem um papel importante na relação com seu doente, pois ele (médico), é uma “droga” e deve saber usar-se em doses terapêuticas.

Balint sentiu-se autorizado a questionar e mesmo a ampliar alguns conceitos psicanalíticos freudianos que culminaram na formação de suas categorias sobre a relação médico-paciente. Preocupou-se com a relação inter-humana, iniciando-se por uma releitura da relação mãe e filho, que teve como sua essência o artigo *Mother's Love and Love for the Mother*, de autoria de Alice, sua esposa. A partir deste estudo sobre a mais profunda e primária relação humana, mãe e filho, Balint e Alice caminharam para a reflexão sobre as relações interpessoais, até que, posteriormente, ele pode descrever o que hoje conhecemos como transferência e contra-transferência (15) em várias situações de atendimento, mesmo entre o psicanalista e seu analisando, ratificando seu mestre Ferenczi (Lacan, 1986). Lacan determina uma temporalidade para a influência de Ferenczi: *poderíamos considerar terminada em torno de 1930 a influência pessoal de Ferenczi. Em seguida, é a dos seus alunos que se manifesta. Balint situa-se nesse período que se estende de 1930 aos nossos dias (...)* (Lacan, 1986:239)

Em 1925, já na sua Hungria natal, nasceu-lhe o único filho, Janos. Conhecido academicamente como John, o filho tornar-se-ia seu continuador. Como professor de Medicina e, atualmente, diretor da Faculdade de Albany, no Estado de New York, Estados Unidos, ele vem dando continuidade ao trabalho paterno. (Balint, J. 1996; Balint, J. 1999).

Em 1926, Michael Balint tornou-se membro da Sociedade Psicanalítica Húngara, da qual foi vice-diretor em 1930 e diretor em 1939. O Instituto Psicanalítico de Budapeste passou a ser a referência dos Balint. Lá eles moravam e trabalhavam. Suas paredes, hoje, ostentam uma placa comemorativa, com dizeres que demonstram claramente sua importância dentro da medicina: *Aqui viveu e trabalhou, no primeiro Instituto Psicanalítico Húngaro, Dr. Michael Balint - 1896-1970 - um pioneiro na medicina psicossomática.* (Hopkins, 1999:43) (16)

(15). Chama-se *transferência* aos sentimentos do paciente em relação ao médico, podendo ser positiva ou negativa, quando recebe o nome de *resistência*. A *contra-transferência* é o sentimento que o médico experimenta em relação à pessoa do paciente

(16). *Here lived and worked in the first Hungarian Psychoanalytical Institute, Dr Michael Balint - 1896-1970 - a pioneer in psychosomatic medicine.*

O retorno do anti-semitismo, que marcou a década de 30 e, posteriormente, o período da II Grande Guerra, forçou Balint e sua família, juntamente com vários outros psicanalistas judeus húngaros, a mudarem-se para a Inglaterra. (Ransom,1999; Hopkins,1999; The Balint Society, 2000)

Em 1939, ele chegou à Grã Bretanha, instalando-se em Manchester, tendo, alguns anos após, mudado para Londres (Hopkins,1972). Nesta época, sua vida particular experimentou uma perda muito importante: Alice faleceu tragicamente, vítima de um rompimento súbito de um aneurisma abdominal, deixando-lhe sozinho a cuidar do pequeno Janos. (Hopkins,1999)

Sozinho, com o filho ainda criança, trabalhou arduamente no sentido de obter a qualificação britânica que lhe permitisse praticar a medicina no Reino Unido. De posse da referida permissão tornou-se médico do Manchester Northern Royal Hospital e diretor das clínicas North East Lancashire e County Borough of Preton Child Guidance (Hopkins,1999). Dono de grande resistência e determinação, concluiu mais uma pós-graduação na Universidade de Manchester, com sua tese em Ciências Médicas (M.Sc.-Psychol.): *Individual Differences of Behaviour in Early Infancy*. (Hopkins,1999:44)

Na tentativa de reconstrução de sua vida familiar, casou-se, em julho de 1944, com Edna Oakshott, também psicanalista. Pouco antes de 1945, em meio ao anti-semitismo reinante na Europa nazista, recebeu a trágica notícia do suicídio de seus pais, que, para fugirem à morte por gás nos campos de concentração, optaram por morrer em casa com doses letais de morfina. Também, nesta época, seu casamento com Edna desestruturou-se, tendo separado-se dela em março de 1947 e divorciado legalmente em 1952. Um período, sem dúvidas, difícil para ele.

Após o término da II Grande Guerra, continuou em Londres, sozinho com seu filho John. Nesta época iniciou um trabalho na Clínica Tavistock, desenvolvendo, junto aos clínicos gerais (em inglês General Practitioners ou GP), o que viria a ser a grande mudança de paradigma na medicina: os **grupos Balint**. Tal clínica, já bastante conhecida por oferecer cursos de formação a psicólogos e psicanalistas, passou a ser, também, referência em treinamento de GPs, no que tange à relação médico-paciente. O próprio prospecto acadêmico da Clínica traz em suas primeiras páginas:

(...) o objetivo da Clínica naquela época era oferecer tratamento que poderia ser usado como base de pesquisa na prevenção social e tratamento das doenças mentais, e ensinar essas atitudes emergentes para os outros profissionais. Nossa pesquisa e desenvolvimento do trabalho durante os anos cinquenta alterou vários aspectos importantes da prática médica. O trabalho do Dr. Michael Balint contribuiu para um entendimento mais complexo da relação entre o GP e o paciente, e influenciou o treinamento e a prática futura dos GPs. (The Tavistock and Portman NHS Trust, 2000-2001:4) (17)

Michael Balint desencadeou, assim, uma pioneira, profunda e constante reflexão sobre a relação médico-paciente. Contou, nesta empreitada, com a ajuda de Enid, sua discípula, também psicanalista e, posteriormente, sua terceira esposa. Com Enid Balint deu início ao seu arrojado projeto: a união da psicanálise e da medicina, no sentido de refletir com os clínicos (GPs) sobre a dinâmica da relação médico-paciente, instrumentalizando-os a desenvolver uma psicoterapia médica (The Balint Society, 2000). Autorizou o clínico a investir em um olhar diferenciado no sentido de perceber as emoções que perpassam o encontro do médico e seu paciente, enquanto pessoa. Segundo Luban-Plozza:

Michael Balint reconheceu precocemente os problemas do desenvolvimento futuro da medicina. Ele foi capaz de transpor o referencial da psicanálise para a prática médica sem a necessidade de uma nova teoria. Ele integrou argumentos das ciências básicas e das escolas orientadas para o paciente. (1989:1192) (18)

De acordo com Scheingold (1988), os grupos Balint, seminários iniciados na década de 50, com os GPs da Clínica Tavistock, acabaram por se difundir por outras clínicas londrinas. Michael Balint descreveu, inicialmente, sua experiência em um artigo intitulado *A Discussion Group Seminar on Psychological Problems in General Practice*, publicado na revista médica *Lancet*, no ano de 1952. (Hopkins, 1999:47)

Em 1957 esta experiência pioneira transformou-se no famoso livro “The Doctor, His Patient and the Illness”, que segundo Ransom (1999), mudou a face da medicina britânica, e, acredito, a de todo o mundo.

(17). The aim of the Clinic at that time was to offer treatment which could be used as the basis of research into the social prevention and treatment of mental health problems, and teach these emerging skills to other professionals. Our research and developmental work during the 1950s altered several important aspects of medical practice. Dr. Michael Balint’s work contributed to a more complex understanding of the relationship between GP and patient, and influenced the future training and practice of GPs.

(18). *Michael Balint recognized early on the problems of future development of medicine. He was able to bridge the bow from psychoanalysis to practical medicine without the need for a new theory. He integrated arguments from basic sciences and patient-oriented schools.*

Neste livro, paradigma que é da medicina da pessoa e não da doença, Balint descreveu seus seminários com os clínicos :

Nosso trabalho adotou exclusivamente a forma de grupos de discussão, integrados por oito a dez médicos clínicos e um ou dois psiquiatras. Os grupos reuniram-se uma vez por semana durante dois ou três anos, se bem que alguns tenham se prolongado ainda mais. As reuniões se realizavam na primeira hora da tarde do meio dia livre que habitualmente os médicos clínicos têm.(...) Nossa tarefa foi uma mistura de pesquisa e treinamento. Partimos de minha idéia de que, do ponto de vista psicológico, na clínica geral acontecem mais coisas entre o paciente e o médico do que se lê nos tradicionais livros textos.(...) O material de nossas discussões provinha quase que invariavelmente de experiências recentes com pacientes, relatadas pelo médico responsável. (1975:6)

A descrição bastante detalhada dos seminários permitiram sua posterior reprodução, nascendo, assim, normas para instituir-se estes encontros que receberam o nome de Grupos Balint.

Segundo o próprio autor, tais grupos não deveriam ser terapêuticos em sua essência, embora admita-se que vivenciar estes encontros permite ao médico refletir sobre sua prática e, conseqüentemente, sobre seu próprio eu (Balint, 1975). Os grupos Balint não são, contudo, uma técnica didática simples e usual, embora tenha como premissa a reflexão e conseqüente ensino da relação médico-paciente e seus intrincados aspectos psicodinâmicos. Assim é que os grupos Balint são ímpares em sua essência, como bem explicita Hopkins:

Os grupos Balint diferem dos outros de duas maneiras: no método, não sendo uma técnica didática, p.e. não são grupos didáticos cujos membros são alunos que são instruídos ou ensinados por um professor; e no contexto, eles não são grupos psicoterapêuticos, cujos membros são ajudados por um psicoterapeuta a entender seus próprios problemas emocionais. (1999:49) (19)

Os Grupos Balint permaneceram para além de seu tempo. Assim, Rosenheim, em prefácio do livro "Patient-Centred Medicine", de autoria de Hopkins, descreveu, o que, em sua opinião, são as razões para esta permanência que transcendeu o próprio autor: *foi*

(19) *Balint groups differ from others in two ways: in method, in that is no didactic teaching, i.e. they are not teaching groups whose members are pupils who are instructed or taught by a teacher; and in content, they are not psychotherapeutic groups, whose members are helped by a psychotherapist to understand their own emotional problems*

sua própria personalidade, sua mente ágil, seu profundo entendimento da psicanálise, e seu entusiasmo que fizeram seus seminários tão vivos e reveladores. (1972:vii) (20)

Também Enid Balint e Norell, em prefácio do livro “Seis Minutos para o Paciente”, de autoria de ambos, reforçam as características pessoais do autor como uma das razões para a continuidade dos grupos:

Michael Balint coordenou os seminários ao lado de Enid Balint até a morte do primeiro em dezembro de 1970. Durante os cinco anos desse trabalho, raramente deixou de comparecer a uma das trinta ou mais reuniões realizadas por ano. Sua liderança se fez com energia, humor e compreensão. (1976:II)

A característica de Balint, enquanto pessoa, parece ter sido decisiva para a continuidade de seu trabalho. Assim é que, mesmo Lacan, que não cultivava o hábito de elogiar os seus pares, referiu-se a ele como *autor tão sutil, tão fino, tão delicado enquanto prático, admirável enquanto escritor. (1986:259)*

Aos 65 anos, após deixar a Clínica Tavistock, Balint foi trabalhar no Departamento de Psiquiatria do University College Hospital, em contato com estudantes de medicina (Rosenheim,1972). Ele pôde, então, concluir que, embora o ensino médico inserido em hospitais universitários fosse adequado para o aprendizado de técnicas cognitivas, havia um grande hiato entre esse ensino centrado no hospital e a prática da medicina geral, o que resultava em um constante conflito entre o tratar a doença e o atender o paciente como um todo. Implantou pois, seus seminários na escola médica. A princípio, ele próprio desacreditou dos resultados. Pensava serem os alunos muito jovens e ainda incapazes de entender todos os fenômenos psicodinâmicos implicados na relação médico-paciente (Balint,1975). O tempo levou-o a desejar que o ensino da relação médico-paciente, através de seus seminários, pudessem vir a ser uma realidade, muito embora tenha posteriormente descrito:

(...) no momento não vejo como será possível organizar cursos universitários para que todos os estudantes adquiram os conhecimentos correspondentes e para que se opere a “limitada, ainda que considerável, mudança de personalidade”, que é o fundamento incondicional dessas técnicas.(Balint,1975:242)

(20) It was his own personality, his quick mind, his deep understanding of psychoanalysis, and his enthusiasm that made his seminars so lively and so revealing.

Michael Balint deixou, para a posteridade, uma vasta obra. Aquele que fora o marco da medicina psicossomática, o homem que abalou os alicerces da medicina tecnicista, que chegou a ser presidente da British Psychoanalytical Society, em 1968, respeitado pelos grandes teóricos da psicanálise, como Lacan, embora se permitisse deles discordar; o grande mestre Balint viu-se, no fim da vida, diabético, doente, cego devido a um glaucoma, precisando da ajuda de Enid para sua mobilidade.

Embora doente, Michael não deixou seus ensinamentos e pesquisa, viajou pelo mundo, participando de congressos, encontros e seminários. Esteve, inclusive, no Brasil, quando presidiu, em 1961, um de seus seminários (Luz,1993). Aos Estados Unidos ia sempre, tendo sido Professor Visitante da Universidade de Cincinnati, Ohio.

Quando o ano de 1970 chegava ao fim, Balint, combalido pelo diabetes, faleceu em consequência de um infarto. Após sua morte, Enid deu continuidade aos seus trabalhos. Descreveu, em seu livro "Seis Minutos Para o Paciente", uma outra experiência do casal que, em 1966, reuniu-se a um grupo de GPs, para refletir a relação médico-paciente, porém, dando ênfase à possibilidade de fazer-se uma consulta adequada em apenas seis minutos. Como a própria Enid coloca em seu livro, *seis anos foram gastos no estudo desta entrevista de seis minutos*. (Balint e Norell,1976:III)

Com sua morte, sua obra não feneceu, mas outros discípulos o seguiram. Assim é que várias sociedades foram criadas. Em 1975 surgiu a International Balint Federation, congregando as sociedades Britânica, Francesa, Belga, Alemã e Italiana (Salinsky,1999). Em 1990, o Professor Dr. Dornfest, um discípulo de Enid Balint, criou, nos Estados Unidos, a American Balint Society. Esta, bem como as demais criadas na Europa, totalizam, hoje, 12 sociedades a fortalecer a International Balint Federation. (Ransom, 1999)

O resgate de seus seminários, como possibilidade de um processo de ensino/aprendizagem da relação médico-paciente na formação médica, foi assumido pelo professor Dr. Boris Luban-Plozza.(Luban-Plozza, s/d; Comazzi e Luban-Plozza,1972). A esta experiência pioneira seguiram-se outras, e hoje, vários são os autores que usam os grupos Balint no ensino médico (Freeling,1972; Dokter,1972; Eicke,1972; Rouy et al,1979; Moreau e Vercheval,1979; Dokter,1979; Sackin,1986; Salinsky e Sackin, 2000). Os próprios estudantes, engajados com esta proposta, fundaram, em 1999, a International

Junior Balint Federation, passando a difundir, pela internet, suas idéias e suas experiências ligadas a teoria balintiana da relação médico-paciente.

Vários encontros, jornadas e congressos têm ajudado a difundir tal técnica, bem como sua teoria. O 12º International Balint Congress, que ocorrerá em Portoro, Eslovênia, em outubro de 2001, terá, em sua programação, espaço para discussão dos grupos Balint no ensino médico e pretende atrair estudantes com um evento paralelo próprio para os “Junior Groups”.

2). AS CATEGORIAS BÁSICAS DO MÉTODO BALINT:

O livro “O Médico, seu Paciente e a Doença”, transcrito em vários idiomas, marcou o início da mudança de paradigma no atendimento médico, porque foi nele que Balint descreveu as categorias que cercam sua teoria sobre a relação médico-paciente. Categorias que se pretende ensinar aos alunos de graduação em medicina, a fim de instrumentalizá-los para irem ao encontro de seu paciente enquanto pessoa. As categorias balintianas tomadas como base para o ensino/aprendizagem da relação médico-paciente são: *o médico como droga, a organização e a oferta da doença, o conluio do anonimato e a função apostólica*. São ainda discutidos em sua teoria, a possibilidade do médico ser psicoterapeuta e a própria formação dos grupos Balint. (Balint,1975)

Michael Balint iniciou seu livro relatando que, ao reunir-se com os GPs, na Clínica Tavistock, pôde perceber que *a droga mais freqüentemente utilizada na clínica geral era o próprio médico* (Balint,1975:5). De acordo com sua percepção, o médico, ao prescrever um medicamento, coloca na receita, muito de si mesmo e da relação instituída com seu paciente, de forma a ampliar, ou não, o efeito do remédio por ele receitado. O professor de Farmacologia, Luiz Gonçalves Paulo, concorda enfaticamente com Balint:

A prescrição médica representa a conclusão de um encontro dos mais particulares e genuínos entre duas pessoas, o paciente e o médico. (...) A receita não é mero bilhete do médico à farmácia.(...) Da estratégia de relacionamento depende o sucesso do médico, como profissional e, a cada caso, o sucesso no cumprimento da receita. (1997:9-10) (grifo do autor)

O que Paulo denomina de *estratégia de relacionamento*, Balint chama de *o médico como droga*, pois tal situação transcende a uma simples estratégia conscientemente elaborada, para ampliar-se em uma característica intencional de um médico que deve

evoluir emocionalmente a ponto de oferecer-se enquanto droga a seu paciente, propiciando-lhe, senão a cura, a melhora de sua dor. Gelly deixa claro esta dimensão terapêutica do profissional, quando diz:

O médico-medicamento não é apenas um objeto oral que é consumido e incorporado, é uma qualidade de acolhimento, uma situação na qual nos sentimos bem, são palavras e contatos físicos, em suma, todo um ambiente no qual o paciente se encontra imerso por ocasião dos encontros com o médico(...) (1994:29)

Em sua obra “O Médico, seu Paciente e a Doença”, Balint enfatizou a não existência de referências anteriores ao conceito do médico como droga, que foi, então, cunhada por ele próprio:

(...) em nenhum tipo de manual se encontrarão referências quanto a em que dosagem o médico deve prescrever a si mesmo, em que apresentação e posologia, qual suas doses de cura e manutenção, etc. Ainda mais inquietante é a falta de literatura sobre os possíveis riscos deste tipo de medicação, sobre as diversas condições alérgicas observadas em pacientes diferentes, as quais devem ser cuidadosamente observadas, ou sobre os efeitos secundários indesejáveis da substância (1975:5)

A par de não se ter tais manuais, o autor concluiu que o médico, enquanto droga, pode ser benéfico ou mesmo maléfico ao paciente, desencadeando o que ele chamou de alergias. Ora, se o médico pode causar efeitos colaterais aos pacientes, torna-se necessário o aprendizado de como receitar-se a si mesmo. Esta necessidade, surgida no momento em que Balint cunhou sua categoria, vem possibilitando uma demanda a um processo de ensino/aprendizagem que contemple a aquisição deste conhecimento. Este processo educacional há de permitir o devir médico, bem como, o pleno conhecimento da intencionalidade que ocorre durante o encontro do médico (que intenciona tratar do paciente) com a pessoa doente (que intenciona encontrar o acolhimento necessário ao seu tratamento).

Entender o médico como droga é a premissa básica da teoria balintiana. Seus seminários (grupos Balint) foram colocados pelo próprio autor como a técnica didática que permite tal aprendizado:

Nossa tarefa foi uma mistura de pesquisa e treinamento.(...)Propusemo-nos a criar uma atmosfera livre, de dar e receber, na qual cada um pudesse apresentar seus problemas, com a esperança de iluminá-los graças à experiência dos demais. O material de nossas discussões provinha quase que invariavelmente de experiências recentes com pacientes, relatadas pelo médico responsável. (...) Nosso objetivo principal era o de realizar um exame razoavelmente completo da sempre

mutável relação médico-paciente, isto é, o estudo da farmacologia da substância "médico". (Balint,1975:7)

A par da noção do *médico como droga*, Balint cunhou as categorias de *organização e oferta* da doença pelo próprio paciente. De acordo com sua teoria, a pessoa, inserida no mundo, diante de dificuldades e conflitos, sente-se carente de ter com quem conversar, desabafar; de encontrar alguém que se disponha a ouvi-la. Imbuída dessa dor, acaba por organizar dentro de si, de forma inconsciente, porém intencional, um estado patológico, uma doença. Este estado de coisas que, intrincadamente, levam à organização da doença, foi descrito por Balint:

Em tais estados de perturbação, especialmente se a tensão aumenta, uma possível e muito freqüentemente usada válvula de escape consiste em consultar seu médico e queixar. Deliberadamente deixei o verbo sem objeto, porque nessa etapa inicial não sabemos o que é mais importante, se o ato e queixar-se ou o conteúdo da queixa. (...) nesta fase inicial ainda "não organizada" de uma doença, é decisiva a capacidade do médico para prescrever sua própria pessoa.(1975:6)

Esta organização depende da vida emocional da pessoa, de sua inserção no meio social e, sobretudo, da historicidade de cada um. Por esta razão, uma mesma doença manifesta-se absolutamente ímpar em cada pessoa.

O ensino médico não é formalmente voltado para este paradigma. As doenças ainda são ensinadas numa vertente biológica de causa e efeito, como se, sempre que uma pessoa estivesse frente ao agente agressor, tornar-se-ia doente. Sabemos, na prática, que essa não é a verdade, pois muitos de nossos pacientes chegam a nós repletos de sintomas, com exames normais, e outros, mesmo portadores de agentes patológicos, comportam-se como pessoas saudáveis. O conceito de organização da doença satisfaz a esta premissa, pois não descarta a relação entre o corpo e o agente causador da patologia, porém, amplia esses conhecimentos quando agrega uma possibilidade de construção histórica, social e principalmente emocional, para a intrincada gênese da doença.

Arelada à construção do estado de saúde, à organização do adoecer, surge outra categoria balintiana: a *oferta ou o oferecimento da doença*. Ainda discutindo, detalhadamente, a organização da doença, sua compreensão e detecção precoce por parte do médico, Balint introduziu este conceito de oferta ou oferecimento da doença ao profissional:

Se o médico tem a oportunidade de vê-los nas primeiras fases de seu tornar-se doente, isto é, antes que se acomodem numa doença definitivamente "organizada", ele pode observar que esses pacientes, por assim dizer, oferecem ou propõem várias doenças, e que eles precisam continuar oferecendo novas doenças até que entre o médico e o paciente possa ser alcançado um acordo, que resulte na aceitação por ambos de uma das doenças como bem fundamentada.(1975:16) (grifo do autor)

A oferta da doença é uma consequência da organização da mesma. O paciente que construiu sua patologia, unindo sua historicidade, sua inserção no meio social e suas emoções, passa então, a ter necessidade de oferecer tal situação ao médico como um pedido de socorro. É a forma que a pessoa encontra para dizer de suas dores e, cabe ao médico, aceitar ou mesmo rejeitar tal situação. O médico que tem possibilidade de decodificar este pedido de socorro, sem dúvida, poderá ajudar muito mais a seus pacientes do que o outro profissional que não percebe o que vai por entre as entrelinhas do processo do adoecer. Balint foi muito explícito ao dizer que *quando uma pessoa está doente, todo o seu ser está doente* (1975:81) e que *alguns agradecem realmente ao médico que, por assim dizer, lhes permite adoecer.* (1975:07)

Cruz exemplifica bem a necessidade do médico escutar a fala dos pacientes e entender esta construção histórica e emocional do adoecer, quando, em seu texto, diz:

Chega o paciente: não só um corpo, um homem. Não só um homem: um universo singular. Cada um original, até semelhante, mas não cópia, adaptando-se do ventre materno até chegar à frente do familiar, amigo ou desconhecido, ou da mesinha do doutor do SUS, com o seu modo peculiar de ser, com o seu jeito de se apresentar, falar, temer, amar, que pode ser tão diferente quão diferente é seu universo interior. Chega com sua personalidade e sua modalidade relacional própria, que muitas vezes., pode surpreender o médico, que também carrega impresso em si todo um modo característico de ser, sentir e se comportar. E o médico, para entender o que o paciente tem, precisa primeiro começar a perceber o que ele é.(1997:22)

A par da organização e oferta da doença, estabelece-se ainda a categoria do *conluio do anonimato*. Este conceito foi muito bem discutido por Balint e, em minha opinião, demonstra, com muita clareza, o que frequentemente é feito dentro da ordem médica estabelecida e que evitamos confrontar, devido à dívida ética a que esta situação nos arremete.

Uma vez confrontado com a doença tão bem organizada e ofertada, o médico, sentindo-se sem condições de assumir o tratamento, encaminha seu paciente a

especialistas, muitas vezes, apressados, que solicitam um número absurdo de exames complementares sofisticados, sem permitirem ao paciente uma explicação de suas queixas. De acordo com Balint, os especialistas parecem surdos aos clamores da pessoa doente. Sem um treinamento da escuta, tão bem apresentado por Del Volgo (1998) em seu livro “O Instante de Dizer”, os muitos médicos, aos quais o paciente é enviado, acabam por emudecê-lo e, assim, a pessoa torna-se um objeto a ser distribuído aos responsáveis por cada parte do corpo humano. *E o paciente, sujeito que é do seu adoecer, cômico de sua dor, continua sua busca inglória por um médico que lhe dê atenção* (Branco,2000a:40). Este encaminhamento a especialistas acaba por diluir o compromisso e a responsabilidade do médico em relação ao paciente, deixando-lhe sem um referencial. Assim, o paciente confronta-se com profissionais que discutem entre si as possibilidades diagnósticas, sem conhecer as profundezas psíquicas da pessoa doente, sem nem ao menos ouvi-la em sua dor. Por isso, muitas vezes, as pessoas *referem sentir-se como “cobaias”, “objetos de estudo”* (Brescia e Quayle,1997:40). Como bem relatou Balint, ao refletir sobre o que chamou de conluio do anonimato, discutindo um caso clínico em um de seus seminários:

(...) talvez a ninguém tenha importado, o que se passava no interior do paciente enquanto era enviado de um médico a outro, para ser finalmente colocado sobre a mesa de operações. Agora, quem era o responsável pela saúde do paciente - o médico geral, o cirurgião, os dois especialistas, o psiquiatra ou seus dois assistentes? (1975:65)

Por fim, a categoria mais impactante a nós médicos, é, na minha opinião, a *função apostólica*. Segundo Balint:

A missão ou função apostólica significa em primeiro lugar que todo médico tem uma vaga, mas quase inabalável, idéia sobre o modo como deve se comportar o paciente quando está doente. Embora este conceito pouco tenha de concreto e de explícito, é imensamente poderoso em influir, segundo podemos comprová-lo, praticamente em todos os detalhes do trabalho do médico com o seu paciente.(1975:180)

O desejo de ajudar o paciente, a intenção, mesmo que inconsciente, de manter-se no *status quo* alcançado pelos médicos ao longo da história, quase um semideus a ocupar um lugar no Olimpo, e o não conhecimento de conceitos e categorias psicanalíticas, acabam por fazer do profissional uma pessoa, muitas vezes, gentil, que oferece aos seus pacientes, de forma bastante pueril, “conselhos” vagos, baseados apenas no senso comum do próprio médico, e não em teorias comprovadas. O fato do profissional fazer este exercício de aconselhamento como sua rotina e, ter em si um grande desejo de

fazer o bem ao seu paciente, sem, contudo, ter em seu arsenal clínico os conhecimentos necessários da vida psíquica para um atendimento holístico, levou Balint a denominar esta ação de “função apostólica”, permitindo uma metáfora com a intencionalidade de um verdadeiro apóstolo.

O médico “bonzinho” não é exatamente a premissa perseguida pelos adeptos da teoria balintiana. O que se procura desenvolver são possibilidades de escuta e compreensão da pessoa doente, para então, poder desenvolver uma técnica que lhe permita desmontar sua organização patológica, tornando-a consciente de sua dor, instrumentalizando-a para lidar com seus próprios problemas existenciais. A partir desta construção do conhecimento, Balint pode não só refletir sobre a função apostólica, como criar um conceito novo, autorizando o médico a ser um psicoterapeuta. Assim, ao conhecer e trabalhar com as categorias balintianas, o médico fica autorizado a proceder, em sua prática, uma psicoterapia, pois, segundo o próprio Balint, *psicoterapia é, acima de tudo, não conhecimento teórico, mas capacidade pessoal.* (1975:248). Este conceito balintiano tem trazido algumas discussões a respeito, conforme Del Volgo muito bem descreve em seu texto:

(...) se certos psicólogos clínicos têm a tendência de negar aos médicos esse direito de escutar, que de fato não passa de um dever, eles ao mesmo tempo esquecem a longuíssima tradição do tratamento em medicina, de modo que quando o médico tem o impudor e a imprudência de oferecer uma escuta no contexto de sua prática, alguns denunciam clamorosamente esse fato como se fosse um escândalo e um exercício ilegal da psicologia. (1998:27-28)

Aceitar o médico como um psicoterapeuta não é, e dificilmente será, um consenso na academia. É certo que nem todos os autores são imbuídos de idéias arrojadas e inovadoras como Balint, assim, também, os psicólogos e psicanalistas não pretendem dividir seu campo de atuação com os médicos. Balint não propõe que o médico exerça ilegalmente a psicologia ou mesmo a psicanálise, mas, audaciosamente, instrumentaliza-o para que ele possa praticar uma medicina terapêutica em-si.

Por fim, a própria prática dos seminários com os GPs de Londres acabou tornando-se um conceito balintiano: os Grupos Balint. Esses grupos, cerne desta pesquisa, serão discutidos enquanto técnica didática a possibilitar o ensino da relação médico-paciente, durante o curso de graduação em medicina.

3).O ENTRECROZAR DA TEORIA DE BALINT COM A PSICANÁLISE E COM A FENOMENOLOGIA:

A formação psicanalítica de Balint foi o instrumento que lhe permitiu desenvolver sua teoria, bem como proporcionou-lhe a percepção diferenciada da relação médico-paciente; em destaque, do papel simbólico do médico como droga, da organização da doença e de sua oferta ao médico. Esta teoria que instrumentalizou Balint para entender, decodificar e ressignificar a relação médico-paciente, foi instituída por Sigmund Freud, há pouco mais de 100 anos, e é considerada por Brenner, como sendo *um corpo de hipóteses a respeito do funcionamento e do desenvolvimento da mente no homem* (1975:17). Assim, a Psicanálise proporciona uma compreensão do funcionamento normal e patológico da mente humana. Dentre o “corpo de hipóteses” ao qual Brenner se refere, duas delas, já bastante confirmadas dentro da teoria psicanalítica, embasaram os conhecimentos de Balint sobre o médico, o paciente e o processo do adoecer: *o princípio do determinismo psíquico, ou da casualidade e a proposição de que a consciência é antes um atributo excepcional do que um atributo comum dos processos psíquicos.* (Brenner,1975:17)

De acordo com a compreensão do determinismo psíquico, a vida mental não é descontínua e, portanto, todos os eventos ocorridos na vida de uma pessoa são determinados por outros eventos anteriores, formando uma unidade linear que descarta a casualidade. Nada é acidental, tudo que ocorre tem em-si uma intenção, é provocado pelo desejo pessoal. Quando Brenner diz que *pode-se demonstrar que cada uma dessas “casualidades” foi provocada por um desejo ou intenção da pessoa envolvida, em estrita conformidade com o princípio do funcionamento mental que estamos examinando* (1975:18), ele vai ao encontro da categoria balintiana de organização da doença, quando o processo do adoecer não se dá ao acaso, mas é refém dos eventos da vida de cada paciente. Este conceito da teoria psicanalítica encontra eco na teoria fenomenológica, que também demonstra a intencionalidade do Ser em-si. A apreensão dos fenômenos mentais, através da técnica psicanalítica, consiste em:

(...) que o paciente empreenda a comunicação ao psicanalista de quaisquer pensamentos, sem exceção, que lhe venham à mente abstendo-se de exercer sobre eles uma orientação consciente ou uma censura(...) Assim, Freud, ouvindo as associações “livres” do paciente – que eram afinal livres apenas do controle consciente - era capaz de formar uma

imagem, por inferência, do que inconscientemente estava ocorrendo na mente do paciente. (Brenner,1975:24) (grifo do autor)

Embora Balint não tivesse a pretensão de “transformar” os médicos em psicanalistas, sua técnica permite a construção de uma nova postura do profissional diante do paciente, aguçando a capacidade de escuta por parte do médico e, de entendimento, por parte do paciente, que pode falar, livremente, dos intrincados fatores do seu processo de adoecimento. Ao aprofundar-se na teoria balintiana, através dos grupos Balint, os profissionais, ou mesmo os alunos, adquirem maiores possibilidades de desenvolverem “livres” associações, podendo ampliar seus diagnósticos.

A outra hipótese de que a consciência é um atributo excepcional e não comum dos processos psíquicos fica comprovada diante o fato de que *o funcionamento mental se passa fora da consciência, e a consciência freqüentemente não participa, inclusive das atividades mentais que são decisivas na determinação do comportamento do indivíduo.* (Brenner,1975:29). Assim, conforme Balint demonstrou, a organização e a oferta da doença, embora intencional, não é do campo da consciência, mas processa-se em níveis inconscientes.

É certo que as categorias psicanalíticas ou, como denomina Zimerman, os paradigmas desta teoria: *a pulsão de morte, as angústias, os mecanismos de defesa, a formação do ego, as fases, o conceito de superego, o Complexo de Édipo, a sexualidade, o narcisismo* (1999:65-66), perpassam toda a teoria balintiana, esclarecendo os mecanismos pelos quais o paciente organiza sua doença e a oferece ao médico. Contudo, o detalhamento de tais categorias foge ao escopo desta pesquisa, visto que a psicanálise não é o seu objeto de estudo.

A formação psicanalítica de Balint, desenvolvida com Sandor Firenczi, proporcionou-lhe características ímpares para que chegasse ao desenvolvimento de sua técnica de seminários, posteriormente conhecidos como Grupos Balint. Em tal formação, através do método húngaro, *era o analista do candidato que se encarregava da supervisão do primeiro caso de análise* (Gelly,1994:31), o que diferenciava profundamente a escola de Firenczi das outras escolas psicanalíticas. A influência desse modelo foi extremamente importante, pois, Balint considerava que o grupo, por ele desenvolvido com os médicos, assemelhava-se à formação psicanalítica húngara. Porém, é necessário reafirmar *que seus grupos não eram grupos terapêuticos.* (Gelly, 1994:32)

Ora, se o grupo com médicos ou com estudantes de medicina, como ele mesmo enfatizou, não é terapêutico, embora proporcione um desenvolvimento pessoal dos profissionais, mas, em contrapartida, é uma técnica capaz de provê-los de mecanismos e instrumentos que facilitam a relação médico-paciente, percebe-se que tal técnica é didática em-si, permitindo o aprendizado da relação interpessoal entre o profissional e seu paciente, bem como, permitindo abrir caminhos para a pesquisa neste campo, o que vem contemplar o desejo do próprio Balint. (Balint, 1975; Salinsky, 2000)

A análise, pois, dos grupos Balint enquanto objeto de estudo e pesquisa, requer um tratamento metodológico que respalde a importância de tal técnica diante da academia. Afinal, a teoria de Freud não traz, em si mesma, tal propósito. Segundo Kupfer, *a única aplicação possível é a aplicação da Psicanálise à clínica psicanalítica*. (1997:72)

Visto que a teoria Balint recorre às categorias psicanalíticas e que *para a psicanálise todos os atos humanos são significativos de nós mesmos* (Capalbo,1996:62), e, ainda, que a meta de seu grupo é discutir o encontro entre o médico e seu paciente, torna-se necessário que o método usado seja capaz de abarcar o Ser em-si e o encontro entre pessoas.

A Fenomenologia parece capaz de permitir uma análise bastante profunda dos grupos Balint e do ensino da relação médico-paciente. Assim, *a tarefa da Fenomenologia é revelar este mundo vivido antes de ser significado, mundo onde estamos, solo de nossos encontros com o outro, onde se descortinam nossa história, nossas ações, nosso engajamento, nossas decisões*. (Von Zuben,1984:9)

O encontro da Psicanálise com a Fenomenologia não só é possível, como permite pontos bastante comuns entre si:

O problema do ser, do não ser e da sua relação dialética é a mola fundamental para a compreensão do relacionamento dessa estrutura que é a consciência no seu id, ego e superego.(...) a fenomenologia de Husserl não pretende praticar a psicanálise, mas ela pode ajudar ao psicanalista a descobrir como a doença mental aparece como tal. (...) para compreendermos o paciente, devemos saber analisar a dimensão estrutural da existência, que consiste no seu modo de ser no mundo (...). Esse conceito engloba o mundo da pessoa, as suas relações com as outras pessoas e com as coisas. (Capalbo,1996:79-93)

O entrecruzar de ambas as teorias acaba por permitir e respaldar a análise fenomenológica da experiência Balint. Assim como Balint procura manter o rigor da teoria psicanalítica para desenvolver seus grupos que culminaram com a descrição de uma outra

teoria sobre a relação médico-paciente, a pretensão de fazer-se uma análise fenomenológica do trabalho de Balint precisa permanecer, rigorosamente, de acordo com as categorias fenomenológicas existentes. *Ao conduzir uma pesquisa segundo a abordagem fenomenológica, o pesquisador não busca simplesmente um método, mas sim uma clareza para aquilo que quer compreender* (Detoni e Paulo, 2000:141). Assim, Bicudo aponta para o rigor dessa metodologia:

A investigação fenomenológica trabalha sempre com o qualitativo, com o que faz sentido para o sujeito, com o fenômeno posto em suspensão, como percebido e manifesto pela linguagem; e trabalha também com o que se apresenta como significativo ou relevante no contexto no qual a percepção e a manifestação ocorrem.(...) O ponto que estamos pondo em destaque é a descrição do percebido como modo de obtenção dos dados(...) A investigação fenomenológica não se reduz à descrição. Ela trabalha com os dados fornecidos pela descrição e vai além, analisando-os e interpretando-os de acordo com critérios de rigor.(2000:74-75)

Segura da possibilidade do encontro entre a teoria de Balint, de origem psicanalítica, e a Fenomenologia, passo, no próximo capítulo, a descrever detalhadamente o grupo balint enquanto técnica didática, e, no capítulo seguinte, a descrever e interpretar os dados do presente estudo.

CAPÍTULO III

GRUPOS BALINT: ESPAÇO DIDÁTICO PARA O PENSAR A RELAÇÃO ESTUDANTE DE MEDICINA/PACIENTE

*Tão importante quanto conhecer a doença que o homem tem,
é conhecer o homem que tem a doença.*
Osler

Conforme já discutido anteriormente, os cursos de medicina ainda estão bastante influenciados pelo paradigma biológico de causa e efeito. A medicina permanece sob o forte impacto da descoberta dos microorganismos e do conhecimento anatômico. Conhecer os agentes causadores de infecções e infestações, e, entender o corpo inerte do cadáver, tem, dentro do currículo proposto, certamente, um peso maior do que conhecer os intrincados fenômenos históricos, sociais e emocionais que permitem à pessoa construir seu adoecer. Assim, os doentes, sobre os quais médicos e estudantes de medicina usualmente falam, são, na realidade, simulacros, e não doentes reais, enquanto pessoas, que trazem em-si suas dores construídas ao longo de suas vidas. Tratar somente das doenças e não dos doentes, de certa forma, permite ao profissional proteger-se, evitando confrontar-se com suas próprias dificuldades. Conforme diz Santos: *se o real é duro, intratável, o simulacro é dócil e maleável o suficiente para permitir a criação de uma hiper-realidade. Intensificado, estelizado, o simulacro faz o real parecer mais real, dá-lhe uma aparência desejável.* (1998:97)

Conhecer o doente real é abrir um espaço para o inusitado, o desconhecido, às vezes, até para a impossibilidade de tratamento, pois *o real não é só o empírico, o que está pronto, o que pode ser previsto* (Peixoto,1998:29). O doente real remete o médico ao campo do desconhecido, do humano, da vida psíquica. O conhecimento da anatomia e do agente causal é necessário, porém, não mais oferece a chave dos mistérios do adoecer. Compreender, ou mesmo perceber a contradição de não poder compreender o processo saúde/doença, deve fazer parte do ensino/aprendizagem das escolas médicas atuais. Para que ocorra esta prática pedagógica, há necessidade de aquisição de meios específicos:

(...) que ajudem o aluno a estabelecer (...) a passagem do estágio de "síntese" em que o aluno se encontra --- estágio em que a sua compreensão do mundo ainda é desarticulada, confusa, fragmentada --- para o estágio de "síntese" em que o aluno ascende a uma compreensão mais articulada, mais fundamentada, mais orgânica. (Peixoto,1998:21)

No Brasil, frente ao atual questionamento dos paradigmas da formação médica, a possibilidade de um maior enfoque na relação médico-paciente tem-se feito necessária. Gomes e França, discutindo o erro médico, referem-se ao relatório final da 1ª fase do projeto CINAEM sobre o ensino médico brasileiro, apontando exatamente estes questionamentos:

O relatório final sobre a avaliação do ensino médico do Brasil apresentado em julho de 1997 à sociedade, oferece uma visão preocupante sobre a suficiência das escolas médicas no Brasil, o que por sua vez constitui um indicativo fiel do produto final que é o formado em medicina (...). Os médicos ao concluírem seu curso de graduação apresentam formação ética e humanística deficiente, concepção funcionalista do processo saúde-doença, precocemente especializados, incapazes de manterem-se atualizados e inadequados para atender às demandas da população. (1999: 79-80)

A realidade é que, a maioria das escolas médicas brasileiras encontram-se subjugadas ao relatório Flexner que *enfatizou a importância do ensino no hospital-escola, relegando a um segundo plano a assistência médico-ambulatorial, oferecida nos postos e centros de saúde. Com isso, os estudantes de Medicina passaram a ter uma visão distorcida da enfermidade.* (Millan,1999:34)

Embora, algumas escolas estejam abrindo espaço para inserir o estudante na comunidade, a influência flexneriana ainda é marcante, pois mesmo em ambulatórios de ensino, ocorre a divisão por especialidades. Assim, é que existem enfermarias e ambulatórios de Gastroenterologia, de Cardiologia, de Nefrologia, e várias outras, como se a pessoa somente adoecesse em um determinado segmento do corpo humano. O aluno acaba por acostumar-se a tratar do leito número 203, por exemplo, ou então, da hipertensão arterial e da cirrose, esquecendo-se de que, na realidade, ele deveria tratar da pessoa que está internada, deitada no leito 203, ou de quem o procura devido ao aumento de sua pressão arterial ou, ainda, da lesão de seu fígado, ambas as situações intrinsecamente envolvidas com o seu processo do viver. De acordo com Peixoto: *a concepção do conhecimento enquanto processo lógico-técnico estabelece uma dicotomia entre objetividade e subjetividade* (1998:29). Assim, para o médico que se forma, a

doença deve-se, unicamente, ao seu agente causador, sem correlação com os fenômenos vivenciais e existenciais que a pessoa doente experimenta. O doente, retirado que é de seu meio e de sua experiência de vida, fica isolado no ambiente hospitalar, estéril e ímpar, de forma que, para o estudante, esta pessoa não passa de um hospedeiro a albergar sua doença.

Urge mudar este paradigma, e, para isso, o ensino da relação médico-paciente precisa ter, no currículo, o mesmo peso do ensino dos demais conteúdos médicos. Estudar e conhecer a pessoa viva, e não só o seu corpo inerte sobre a mesa de anatomia, é tão importante quanto estudar os agentes causadores de patologias várias. Conforme Millan, *um dos problemas mais sérios da Medicina contemporânea é a sua crescente tendência à desumanização.* (1999:40)

A apropriação do tecnicismo no campo da medicina corrobora para o esquecimento da pessoa em-Si. A máquina rouba a cena e adentra à vida de todos neste terceiro milênio. O fetiche do tecnicismo vem assolando o ato médico, seduzindo o estudante. Este encantamento muitas vezes anula o espaço da contradição e da crítica e o aluno, enfeitiçado pelo o que a pós-modernidade se lhe oferece, procura afastar de si a possibilidade de pensar sobre os fenômenos da vida psíquica. É como se a pessoa do doente fosse destituída de vida emocional. A sociedade médica encontra-se, pois, inundada pelos fenômenos do pós-modernismo, que resulta na coisificação do paciente, visto que:

(...) do ponto de vista filosófico, o pós-modernismo rejeita certas idéias-mestras formuladas no âmbito do Iluminismo e da tradição filosófica ocidental: a existência de uma natureza humana essencial (...) Há uma proliferação de significados, gerando uma sociedade em que imperam as simulações (...) Não há nada que se assemelhe a uma apreensão da essência do real, a uma leitura em profundidade do real (...) Ao contrário, a realidade está na superfície, no espetáculo, nos simulacros, providos por fontes de tecnologia e informação. (Libâneo, 1997:144-145)

Assim, a pós-modernidade vem trazendo em seu bojo valores novos, ou mesmo a ausência de valores morais e éticos e *o hedonismo - moral do prazer (não de valores) buscada na satisfação aqui e agora - é sua filosofia portátil.* (Santos,1998:86-87)

O perfil do ensino médico não é exceção e vem inundando-se de conceitos pós-modernos, em que apenas a figura do médico passa a ter importância. A busca de valores é vista, muitas vezes, como conceito ultrapassado. O estudante busca apenas seu prazer e sua realização. Alguns parecem desagradados com o fato de terem que ir ao encontro de

doentes que não adoecem de acordo com suas fantasias e desejos. Não é raro ouvirmos dos estudantes durante a aula, expressões de rancor, revolta ou desagrado, quando confrontam-se com os pacientes e esses não lhes tratam bem ou mesmo não respondem às suas indagações. Assim é que, ao discutir o processo ensino/aprendizagem frente ao avanço da tecnologia, Behrens diz, com muita propriedade, que se faz necessário *aliar a formação ético-humanística aos desafios tecnológicos-científicos, sob pena de construir uma sociedade produtiva e, ao mesmo tempo, agressiva, racional e desumana, acentuando os problemas e as injustiças sociais.*(2000:72)

Faz-se necessário, pois, delimitar técnicas didáticas que possibilitem uma abordagem mais humanizada do processo de ensino/aprendizagem, bem como do ato médico. Não basta ensinar os conteúdos teóricos da relação médico-paciente, mas é necessário que se promova espaços de reflexão sobre o que transcende ao empírico, ao já posto. Peixoto traz em seu texto uma profunda explanação que deve ser resgatada para a prática docente em medicina: *diferentemente do que imagina a concepção positivista, o simbólico, o imaginário e as outras formas de manifestação da subjetividade não são puras abstrações; são também uma dimensão do real, uma dimensão que dá sentido à razão humana, tornando-se fonte de esperança.* (1998:29)

Não há, pois, dúvidas a respeito da necessidade de inserir-se, no ensino médico, espaços que permitam a aquisição de atitudes e valores éticos, para que se possa instrumentalizar os médicos de hoje, como outrora fora esse profissional, para uma abordagem da pessoa em-si e não do órgão doente. A questão que se levanta é: como fazê-lo e qual o momento ideal para esta abordagem?

A busca incessante de resposta para essa pergunta tem levado alguns poucos autores a pesquisar novas técnicas didáticas, porém, não há consenso sobre o momento ideal para articular tais reflexões com os alunos. As pesquisas a respeito do assunto ainda são poucas. Não é hábito do docente médico pesquisar técnicas didáticas e os profissionais da Educação, que trabalham com este objeto, nem sempre estão atentos a questão que se impõem, pois não têm conhecimento dos meandros do ensino médico.

Os seminários, desenvolvidos por Michael Balint são considerados, atualmente, como uma técnica capaz de permitir um espaço de ensino/aprendizagem das relações interpessoais entre o médico e seu paciente. Salinsky, em seu recente livro “What

are you feeling, Doctor?”, reflete sobre a formação dos Clínicos Gerais e discute o grupo Balint como possibilidade didática:

(...) o grupo ajuda a nos repensarmos enquanto base do encontro na prática médica geral: um paciente solicitando ajuda, um doutor confiável e intimamente acolhedor (...). No processo educacional dos Clínicos Gerais, nos dias de hoje, tem sido dado grande ênfase em recolocar como primordial o estudo da consulta em si, ensinando os jovens médicos a escutarem atentamente seus pacientes mostrando-lhes que se interessam por eles enquanto pessoa.(2000:7-8) (21)

Enquanto, nos serviços de pós-graduação em Clínica Médica, na Europa e nos Estados Unidos, parece haver certo consenso do uso desta técnica (Scheingold,1988; Luban-Plozza,1989; Luban-Plozza, s/d; Balint,1996; Ransom,1999; Salinsky,2000), o mesmo não ocorre em relação à formação acadêmica dos médicos. Mas, os grupos Balint podem, sim, ser uma possibilidade para estar-se ensinando a relação estudante-paciente durante a graduação.

O ensino em pequenos grupos, como ocorre na técnica Balint, teve origem no movimento da Escola Nova, no início do século XX (Godoy e Cunha,1997), e mostra-se como uma boa alternativa para criar este espaço necessário à perplexidade diante do já posto e à reflexão sobre o que é da ordem do psíquico e por conseguinte, do humano. Godoy e Cunha citam como características dessa modalidade, quatro itens de extrema importância no ensino médico: (1) o processo didático é centrado no aluno, o professor interage com ele num esforço comum; (2) o aprender tem maior relevância, o ensinar subordina-se ao aprendido; (3) o trabalho informativo toma o segundo lugar, deixando como finalidade primordial o processo formativo ou educativo; (4) embora os grupos tenham vários participantes, a discussão do tema propicia uma aprendizagem individual (1997). Os mesmos autores discutem, ainda, outras características dos pequenos grupos, como: a possibilidade de aquisição de habilidades de comunicação, competências intelectuais e crescimento pessoal dos estudantes e, quiçá, do professor.

Ora, tais itens contemplam perfeitamente *o processo Balint que sempre centra-se em um caso clínico atual* (Ransom,1999:3) (22), e que, desenvolvido dentro das escolas

(21)“(...) it helps to remind ourselves of the basis of encounters in general practice: a patient seeking help, a personal doctor who can be trusted and intimate surroundings. (...) In the education of general practitioners today, great emphasis is rightly placed on the study of the consultation with the aim of teaching young doctors to listen attentively to their patients and to take an interest in them as people.”

(22)“The Balint process always centers on an actual case (...)”

médicas, propicia a discussão da experiência do próprio aluno, permitindo o aprender sobre sua prática, contribuindo para sua formação enquanto médico de pessoas, e, por fim, abrindo espaço para um aprendizado individual, possibilitando o devir médico para cada aluno, no seu tempo adequado.

A British Balint Society, prevendo a necessidade de uma sistematização da técnica para promover um processo educacional fidedigno à teoria desenvolvida por Balint, normatizou, em março de 1994, os grupos Balint (“Essential” and “Desirable” Characteristics of a Balint Group, 1999). Tais normas dividem-se em “características essenciais” e “características desejáveis”.

São consideradas “*características essenciais*” da referida técnica:

(1) *um grupo pequeno de 6 a 12 pessoas, embora, possam existir algumas adaptações em grupos com alunos, devido ao número de cada turma. Assim é que Dokter relata sua experiência com grupos de 13 (1972), Freeling, com 8 a 12 (1972) e Luban-Plozza, com grupos de 14 alunos (1979);*

(2) *ter um líder definido, que poderá ser psicólogo, psicanalista ou professor de medicina, de preferência um clínico geral que já tenha participado de um treinamento Balint, sendo aconselhável, que antes de tornar-se líder, tal profissional tenha atuado como co-líder;*

(3) *os membros do grupo devem ter tido experiência clínica com pacientes. Por esta razão, os grupos com alunos devem ocorrer no momento em que eles estejam em contato com os pacientes;*

(4) *o material trabalhado na dinâmica do grupo é baseado nos relatos orais da experiência de cada participante, conforme possam lembrar-se, de modo que se assemelhe aos relatos de sonhos durante psicoterapia; percebendo-se, assim, o que mais impactou o estudante em relação ao atendimento do paciente.*

(5) *a discussão deve focar a relação entre o estudante ou o médico e o paciente;*

(6) *os casos discutidos deverão ser relatados sem ter sido anotados previamente;*

(7) *os grupos não são terapêuticos e não se propõem à terapia dos participantes, sendo portanto apenas grupos didáticos;*

(8) *devem ser observadas as normas comuns a grupos deste tipo, quais sejam, honestidade, respeito, confiança, etc;*

(9) *a proposta principal do grupo é desenvolver o entendimento sobre os problemas dos pacientes e não encontrar as soluções para os casos clínicos;*

(10) *cabe ao líder manter o grupo dentro das propostas anteriores.*

As características “*desejáveis*” dos grupos, que também ajudam a nortear o desenvolvimento da técnica, são:

(1) *o andamento do grupo (ongoing), de forma a mantê-lo com certa periodicidade. O grupo original encontrava-se semanalmente, por vários anos, sendo hoje possível outros intervalos de tempo. Luban-Plozza relata sua experiência de reunir-se com os alunos semanalmente, quinzenalmente ou mesmo quando necessário, durante o ano letivo (1979);*

(2) *grupo fechado, ou seja, sempre com os mesmos participantes; exatamente o que ocorre com cada turma de estudantes;*

(3) *que haja um co-líder; porém, nem todos os colegas que trabalham com estudantes tem tido a parceria de um outro professor, o que, para nossa realidade, tem sido bastante difícil;*

(4) *que o líder tenha um treinamento psicanalítico, ou que tenha facilidade para o entendimento do inconsciente para poder, efetivamente, ajudar os membros a entender a relação médico-paciente;*

(5) *o grupo não deve incluir todos que queiram participar, mas o líder pode, após uma entrevista, selecionar os que melhor se adequarem ao tipo de trabalho desenvolvido, para que possam ter melhores resultados no grupo;*

(6) *Embora não seja explicitamente descrito a duração do grupo, os autores são unânimes em delimitá-los em 1 hora e 30 minutos a 2 horas. (Scheingold,1988; Ransom,1999; Hope, 1999; Gidekel et al,1999)*

O grupo Balint parece não deixar dúvida quanto à sua utilização como proposta didática para, efetivamente, estar-se possibilitando um ensino mais humanizado dentro da graduação médica. A pergunta que se impõe é: qual o momento ideal para aplicação de tal técnica dentro do ensino médico? Este momento para estar-se ensinando atitudes e valores que, em medicina, resumem-se na relação com o paciente reconhecendo-lhe sua dimensão de Ser-no-mundo, parece ser, exatamente, quando o estudante vai ao encontro do doente.

É no terceiro ano que os alunos realmente, experienciam o encontro com o Outro na dimensão de paciente. Anteriormente, o contato do aluno era feito, apenas, com cadáveres, manequins e animais de laboratório. Assim, este ano é o marco divisor entre os anos básicos, em que o aluno não entra em contato com o hospital, e o início de sua prática médica. Como bem explica Luz:

A partir do terceiro ano, o jovem começa a freqüentar os serviços clínicos e os cursos de psicologia médica, através dos quais temos reforçado a clara impressão da vivência extremamente penosa, sentida pela maioria, ao se defrontar com o doente vivo, humano.(...) o estudante sente e sofre, nessa percepção de estar explorando um ser humano doente sem nada poder dar-lhe em troca(...).(1993:14-15) (grifo do autor)

Gelly, referindo-se aos autores que tem experiência com grupos Balint no ensino médico, diz que *médicos, em grande parte balintianos, ensinam medicina geral no quadro do terceiro ciclo dos estudos médicos* (1994:49).

É, ainda, no terceiro ano do curso, mais especificamente ao iniciar a Semiologia Clínica, que se desenvolve, também, o fenômeno desejado ardentemente pelos jovens estudantes: o *tornar-se médico*, como muito bem explicita Zaidhaft

(...) se dá através de sucessivas identificações com os professores e alunos mais adiantados nos rounds das enfermarias, na evolução dos pacientes feitas pelos professores e acompanhada pelos estudantes. O aluno se forma, adquire sua identidade médica não só pelo que consta nos programas, porém, mais importante que isto, pelas atitudes dos professores que ele mimetiza.(...) E aprende a ser médico, incorporando a ideologia médica, nas conversas de corredores, em contato com outros colegas. (1990:19) (grifo do autor)

Essas possibilidades são realmente vivenciadas quando o aluno adentra ao hospital e veste seu capote branco. É, neste exato momento, ao vestir-se de branco, que o aluno encarna-se. Deixa pois de *ser um Ser em si* e torna-se *Ser para si e para o Outro*: o seu paciente. O aluno, até então acostumado a estudar em salas de aula ou laboratórios, passa a estudar mergulhado em um mundo de dor, morte e desesperança. O paciente é, agora, seu caderno e seu livro. Urge aprender a decifrá-lo. É o momento de aprender a fazer a “anamnese”, ou seja, a descrever toda a história relatada pelo paciente e perceber a intencionalidade de suas palavras e atos, pois, como bem diz Bougnoux, *a tarefa do semiólogo é elevar o muthos, discurso mudo ou confuso, à explicação lógica da logos.* (1999:52)

Considerando o estudo da Semiologia Clínica e, no seu contexto, o estudo da relação médico-paciente, e como o estudante toma consciência da pessoa doente e de Si-mesmo, torna-se claro que, a partir do terceiro ano, o aluno do curso de medicina inicia seu desvelar como médico. Ele é, então, convidado a mudar seu olhar diante do mundo. Aquele mundo conhecido anteriormente cede lugar a um novo ver, compreender, tomar consciência de... O encontro com o Outro e a comunicação interpessoal pressupõem essa mudança, conforme diz Bougnoux: *perceber consiste em interpretar e em adaptar sua cultura (seu reduto) ao mundo do outro. E todo sujeito dispõe de um mundo próprio, quer dizer, habita um sistema de informações, de lembranças ou de antecipações que integra e orienta a cada instante todo sinal novo.*(1999:95)

O aprendizado da Semiologia Clínica se dá em pequenos grupos de aproximadamente 15 estudantes, acompanhados de seus professores, dentro das enfermarias, quando aprendem a fazer anamneses. É desta forma, também, que os estudantes desenvolvem técnicas cognitivas para bem fazerem o exame físico. Posteriormente, cada aluno, sozinho, fará outras anamneses e exames físicos, quando apenas ele e o Outro se encontrarão frente a frente. Poder *perceber* o Outro, poder *encontrar-se* com o Outro e *refletir* sobre a sua doença, esta é a proposta da disciplina (Porto, 1997; Porto, 2001). O estudante aprende que:

A tarefa fundamental do médico - o tratamento do enfermo - deve alicerçar-se em diagnóstico bem formado, o que implica a definição da localização, extensão, mecanismo e causa do sofrimento, nos níveis biológicos, psicológico e social.(...) A base fundamental para o diagnóstico correto dentro do conceito biológico, psíquico e social é o reconhecimento das manifestações clínicas, em níveis subjetivo e objetivo, das características pessoais do paciente e do meio social em que vive. (Porto,1997:11)

É nesse contexto, e assim o deve ser, que o ensino da relação médico-paciente se torna essencial, pois o encontro estudante-paciente, e, posteriormente, o encontro médico-paciente constituem um fenômeno rico de significados, para os quais deve haver uma interpretação, sob pena de não se conseguir instituir um tratamento adequado.

O estudante pode ser bastante desenvolvido mentalmente a ponto de conseguir uma relação interpessoal com seu paciente, percebendo-lhe a essência, porém, este processo é pessoal e há diferenças em meio a um grupo de aprendizes. *Alguns enfrentam os desafios provenientes da relação médico/paciente com relativa facilidade. Outros sentem maiores dificuldades.* (Porto,1997:28)

De acordo com Capalbo: *a visão das essências é uma intuição, isto é, um ato de conhecimento direto, sem intermediários, que nos põe em presença, num face a face ao objeto "em pessoa"* (1996:20). O processo de ensino/aprendizagem da relação médico-paciente provê os alunos de habilidades e instrumentos psíquicos para serem capazes de intuir a essência do indivíduo, do Outro, do seu "objeto": o paciente.

Tornar-se *médicos de pessoas e não só de doenças*, esta é a premissa a ser perseguida dentro do contexto do ensino da Semiologia Clínica. Cômico da necessidade de construir este conhecimento, após o encontro com seu paciente para realização da anamnese e exame físico, o aluno volta para a sala de aula, onde, com seus colegas e comigo, iniciamos uma reflexão, todos juntos, sobre a relação médico-paciente. Este encontro ocorre através do Grupo Balint (Porto,1997; Branco,2000b; Branco,2000c; Porto,2001), espaço de reflexão sobre o que é o processo holístico do adoecer.

Assim, esses alunos reunidos durante um tempo pré-estabelecido de 1 hora e meia ou 2 horas, posicionados em círculo, frente à clássica pergunta: "quem tem um caso?", feita por mim (professora/líder), põem-se a relatar, oralmente, cada um à sua vez, suas experiências com seus pacientes, enfocando, principalmente, a relação entre eles. Cada membro do grupo, a seguir do relato do caso, pode e deve fazer perguntas ou comentários a respeito do paciente, da sua doença e principalmente sobre a relação que se efetivou entre o doente e o estudante.

A narrativa oral, exigida pela técnica Balint, propicia um repensar a respeito do simbolismo de seus atos, pois, segundo Cunha:

Quando uma pessoa relata fatos vividos por ela mesma, percebe-se que reconstrói a trajetória percorrida dando-lhe novos significados.(...) Trabalhar com narrativas (...) no ensino é partir para a desconstrução/reconstrução das próprias experiências.(...)Exige que a relação dialógica se instale criando uma cumplicidade de dupla descoberta. Ao mesmo tempo que se descobre no outro, os fenômenos revelam-se em nós (1998:39)

Esse relato oral não deve ser substituído pela apresentação de um texto escrito, pois, é uma característica essencial à dinâmica do grupo Balint. Segundo Del Volgo, *nos chamados grupos "Balint" (...) se interessa pela contra-transferência do médico e, para tal, aplica a regra fundamental da psicanálise, as associações livres* (1998:180). Também, Gosling e Turquet, referindo-se à essa dinâmica com clínicos gerais, são enfáticos em destacar a importância deste fato:

(...) podemos, aqui, estabelecer uma analogia com o trabalho do sonho no qual restos diurnos são reunidos e gerenciados em função de uma preocupação inconsciente, o conteúdo latente. Dentro dessa analogia, as perturbações causadas pela exposição do médico representam o conteúdo manifesto do sonho, e o cuidado do médico com relação a seu paciente, o conteúdo latente. (1994:75)

Conforme Cunha refere em seu texto, a narrativa oral, em grupos, permite, aos alunos, compreenderem *a si próprios e aos outros*, o que demanda *um processo profundamente emancipatório em que o sujeito aprende a produzir sua própria formação* (1998:39-40). Em especial nos grupos Balint, a dinâmica do relacionamento entre o professor (líder) e o aluno que relata o caso, bem como entre este e seus colegas, amplia a relação de cada aluno com o paciente. Assim, quando o professor, por exemplo, aguarda, em silêncio, a decisão do estudante em começar o relato do caso, ele está ensinando, através de sua atitude, como um médico deve aguardar, em silêncio, a decisão do paciente em falar sobre seu sofrimento. (Missenard,1994)

Durante o grupo, caminhamos vagarosamente para que cada aluno possa vislumbrar além do simples relato da doença. É necessário que ocorra a percepção do doente inserido em seu mundo vivido (Ricoeur,1990; Capalbo,1996). Assim os alunos vão, pouco a pouco, tomando consciência de Si, de seus doentes e, principalmente, do ato médico em toda a sua intencionalidade do encontro com o Outro.

Com o avançar do ano letivo, os alunos vão tomando consciência que, em cada leito hospitalar deita-se um Ser humano possuidor de intencionalidades, historicidade, sofrimentos, alegrias, esperanças e de sua própria doença.

Ao finalizar o terceiro ano e, portanto, a disciplina de Semiologia Clínica, o aluno pôde experienciar seu processo de tornar-se médico, instrumentalizando-se para, no ano seguinte, poder atender os seus pacientes sob orientação dos docentes. Seu desejo inconsciente, embora mais próximo do médico real, passa a ser concretizado.

A fim de demonstrar essa transformação ocorrida com os estudantes, passo, no próximo capítulo, à descrição e interpretação dos dados da pesquisa.

CAPÍTULO IV

O ENSINO DA RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE NA DISCIPLINA DE SEMIOLOGIA CLÍNICA: A APLICAÇÃO DOS GRUPOS BALINT

O mundo fenomenológico é não o ser puro, mas o sentido que transparece na intersecção de minhas experiências, e na intersecção de minhas experiências com aquelas do outro, pela engrenagem de umas nas outras.

Merleau-Ponty

A Semiologia Clínica, disciplina que na Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Goiás, consta de 340 horas aula/ano, tem em seu conteúdo programático, conhecimentos que objetiva instrumentalizar e capacitar os estudantes no entendimento dos signos (sinais e sintomas), decifrando, assim, os enigmas de cada paciente; pois cada pessoa trás em si sua linguagem corporal e simbólica que constitui a chave para o desvelar de sua doença.

Semiologia, em última análise, é comunicação: *não estuda as trocas naturais, mas as trocas codificadas e semiotizadas.* (Bougnoux,1999:50). “Co-municar” é “ter em comum” e para tal há necessidade de retornar-se às coisas mesmas para vivenciar o encontro. Aprender Semiologia é aprender um novo código para se comunicar:

O primeiro gesto da semiologia é, portanto, desprender os signos da aderência às coisas para pensá-los segundo o quadro das oposições pertinentes, quer dizer, previstas pelo código. (...) As mensagens que trocamos raramente se reduzem só à linguagem, e servem para muitas outras coisas além de nos informar mutuamente. (Bougnoux,1999:31-50)

Essa disciplina é o divisor de águas entre as disciplinas básicas dos dois primeiros anos do curso de medicina e o início das disciplinas práticas ou profissionais. No momento em que inicia tal disciplina, o aluno se vê frente a um novo desafio: adentrar no Hospital das Clínicas, vestido de branco, e atender aos pacientes como se fosse realmente médico. A Semiologia é, pois, revestida de um grande simbolismo.

Ao iniciar tal disciplina o aluno aprende a fazer a anamnese, o exame físico e participa dos grupos Balint. A anamnese é a entrevista com a pessoa doente no sentido de

conhecer-lhe a história de vida, de sua vinculação no mundo e as interfaces com sua doença, pois *existir é estar vinculado*. (Bougnoux,1999,31)

Para efetivar, neste capítulo, a descrição dos grupos Balint com cada turma estudada, sigo a seguinte lógica: iniciar com o grupo mais participativo (turma 5), passando para o de média participação (turma 3) e terminando com o grupo que menos participou dos encontros (turma 6).

No dia 1º de abril de 1999, às 8h30min, o professor regente da Semiologia Clínica, como em todos os anos, iniciou a Aula Magna, convidando todos os professores da disciplina a permanecerem à frente, no anfiteatro. Participaram, deste momento, o chefe da Clínica Médica (departamento ao qual pertence a disciplina de Semiologia) e a diretora da Faculdade de Medicina. Após apresentar cada professor e falar sobre a importância e a emoção dos alunos ao adentrarem no Hospital das Clínicas, o professor regente deu as orientações pertinentes ao curso (ementa da disciplina, comportamento exigido dos alunos dentro do hospital, questões relacionadas ao uniforme, material necessário à rotina dos alunos, etc). A seguir, enfatizou a importância da relação médico-paciente e da necessidade de se estar refletindo sobre o tema. Apresentou-me como a professora responsável pelo ensino/aprendizagem desse conteúdo. Tive a oportunidade de dizer rápidas palavras aos alunos, quando reforcei a necessidade da aquisição desse conhecimento de forma sistematizada. Outros professores ratificaram minha fala. Ao encerrar a aula, foi distribuído, a cada aluno, um questionário a ser preenchido com dados pessoais e com o relato de sua própria expectativa sobre a relação com seus pacientes (Anexo II). Foi agendada, para o dia 5 de abril, uma aula sobre o tema “relação médico-paciente”, no início da qual deveriam ser entregues os questionários respondidos.

Às 8h30min do dia 5 de abril de 1999, após receber os questionários da maioria dos alunos, ministrei a primeira aula sobre relação médico-paciente. Foi uma aula expositiva dialógica, em que fiz um resgate histórico da medicina e de seu papel social, bem como do fenômeno do encontro entre o médico e seu paciente. Refleti, com os alunos, sobre o que se percebe como “pano de fundo” da doença: as emoções e as angústias mal resolvidas e de como o paciente sente em seu corpo estas questões. Falei, ainda, sobre o trabalho desenvolvido pelo Dr. Michael Balint e de nossa proposta de ensino: o Grupo Balint. Vários professores de Semiologia assistiram a essa aula e foram convidados a discutir o tema proposto. Somente a professora de Fundamentos de Enfermagem o fez:

ênfatiçou a relação humana e sua importância, falando a respeito da postura da equipe de saúde frente ao doente. Após sua fala, a aula foi encerrada.

Durante o primeiro semestre letivo, reuni-me 2 vezes com cada uma das 8 turmas, perfazendo 16 grupos Balint, tendo cada um, 2 horas de duração. Conforme já discutido na introdução, não analisei os dados de todos os estudantes envolvidos nesse processo, mas sim, apenas das turmas 5, 3 e 6:

1). Turma 5: 68,8% dos alunos responderam ao primeiro questionário, participaram dos dois grupos Balint e responderam à questão da prova;

2). Turma 3: 50% dos alunos responderam ao primeiro questionário, participaram dos dois grupos Balint e responderam à questão da prova;

3). Turma 6: não mostrou aderência ao projeto (0%), pois nenhum aluno participou, conjuntamente, dos três dados da pesquisa. Vários alunos (66,7%) responderam ao primeiro questionário, apenas cinco participaram do primeiro grupo Balint, porém, nenhum participou do segundo e quase todos (93,3%) responderam à questão da prova.

Dentro de cada grupo foram escolhidos os dados dos alunos que, além de responderem ao primeiro questionário e à questão da prova e, participarem dos grupos Balint, responderam, também, ao 2º questionário entregue durante o ano letivo de 2000, quando cursavam o 4º ano do curso de medicina (Anexo V). Estes dados obtidos foram analisados tomando por base o método fenomenológico, pois, conforme Capalbo:

A fenomenologia será uma ciência rigorosa, mas não exata, uma ciência eidética que procede por descrição e não por dedução. Ela se ocupa de fenômenos, mas como uma atitude diferente das ciências exatas e empíricas. Os seus fenômenos são os vividos pela consciência, os atos e os correlatos dessa consciência. (1996:18)

Assim é que, a partir da Epoché, procurei afastar os meus conceitos pré-estabelecidos e descrevi, de forma exaustiva, os encontros com as turmas, buscando aterm-me à essência, de forma a permitir o surgimento da realidade tal qual ela é (o retorno às coisas mesmas), conforme o rigor do método:

Hurssel refere-se à descrição exaustiva do fenômeno e aos invariantes detectados nas diferentes descrições, de modo que a reflexão sobre tais invariantes, baseada na inteligibilidade do que permitem compreender, nos conduzisse à essência do fenômeno investigado. (Bicudo, 2000:73) (grifo da autora)

Após a descrição, analisei a idéia e o sentido da fala dos alunos, procurando pontuar a intencionalidade presente nas relações noético-noemáticas, isto é, nas relações

entre os alunos (sujeito/noesis) e seus pacientes (objeto/noema). Analisei, ainda, o devenir de cada aluno em questão, percebendo, a partir da resposta ao primeiro questionário, da fala dos alunos durante os grupos Balint, da resposta à questão da prova e ao último questionário, o momento em que eles perderam ou não a identificação com seus pacientes e passaram ou não a percebê-los enquanto pessoa situada no mundo (ser-aí) configurando o encontro com o Outro (a transformação do em-Si ou Para Si, em ser-para-Outro ou Para Outro). A fim de manter o sigilo e não expor os alunos envolvidos nessa análise, optei por denominá-los apenas por algarismos arábicos.

A escolha da fenomenologia como método adequado para essa análise deveu-se ao fato de que o objeto em estudo é um fenômeno intrinsecamente relacionado com o ser humano e sua inserção no mundo: o desenvolvimento da relação médico-paciente adequada por parte dos estudantes de medicina. Conforme diz Bringel:

A análise fenomenológica, desta forma, contribui muito com as ciências humanas, ou seja ajuda a explicar as condições de inteligibilidade destas ciências, e coloca o homem como centro dos fundamentos do conhecimento sobre o mundo, redimensiona a ciência e a filosofia (...) estabelecendo assim uma nova relação entre sujeito-objeto, "um retorno às coisas mesmas".(2001.in mimeo) (23)

O método fenomenológico, embora rigoroso, amplia as possibilidades de tratamento do objeto estudado, permitindo transcender ao lógico, ao cartesiano e ao já posto, pois *a fenomenologia é o estudo das essências, e todos os problemas, segundo ela, resumem-se em definir essências: a essência da percepção, a essência da consciência.(...)* *A fenomenologia só é acessível a um método fenomenológico (Merleau-Ponty,1999:1)* É, ainda, uma metodologia que consegue unir o estudo do homem enquanto pessoa, sem, contudo, desvinculá-lo do seu mundo, o social e histórico, pois *tudo aquilo que sei do mundo, mesmo por ciência, eu o sei a partir de uma visão minha.(...) eu estou aberto ao mundo, comunico-me indubitavelmente com ele (Merleau-Ponty,1999:3-14)*. A aquisição de conhecimentos necessários ao estudante de medicina no sentido de promover um desvelar médico, deve prever, além da ciência médica e das habilidades cognitivas, o pleno conhecimento de si mesmo e do Outro, o paciente. De acordo com Merleau-Ponty:

(23) Texto retirado do capítulo "Uma Reflexão Sobre o Método Fenomenológico e a Educação", de autoria de Acácia Aparecida Bringel, Professora Convidada de Antropologia na Universidade Católica de Goiás, de livro ainda não publicado (in mimeo), por isso mesmo sem paginação definida. Cortesia da autora

Se o outro é verdadeiramente para si para além de seu ser para mim, e se nós somos um para o outro (...) é preciso que apareçamos um ao outro, é preciso que ele tenha e que eu tenha um exterior, e que exista, além da perspectiva do Para Si — minha visão sobre mim e a visão do outro sobre ele mesmo —, uma perspectiva do Para Outro — minha visão sobre o Outro e a visão do Outro sobre mim (1999:8)

Assim, conforme o método escolhido, descrevi os encontros com cada uma das tres turmas e, em seguida, analisei, separadamente, cada aluno escolhido segundo os critérios já discutidos.

DESCRIÇÃO DOS ENCONTROS COM A TURMA 5

A turma 5, terceira turma a participar dos Grupos Balint, era constituída de 16 alunos, dos quais 13 responderam ao primeiro questionário, fornecendo seus dados pessoais e relatando sua expectativa sobre o encontro com os seus pacientes. Destes, 8 eram do gênero masculino e apenas 5 do gênero feminino. A metade mais um (7) eram adolescentes, com idade variando entre 18 e 20 anos, 5 alunos eram adultos jovens (21 a 27 anos) e 2 já tinham 30 anos. Apenas 1 aluno relatou ser filho de médico, porém, não fez parte do grupo selecionado para a análise fenomenológica, por não aderir totalmente ao projeto. Os dois alunos mais velhos fizeram outro curso anteriormente, sendo que um deles cursou arquitetura e outro estudou em Seminário, tendo tido formação para pastor evangélico. Este tinha forte influência religiosa, pois era filho de missionários. Além desse alunos, outros seis diziam praticar uma religião: 1 era católico, 3 espíritas e 2 evangélicos. Todos eles eram amigos entre si e refletiam em conjunto sobre a prática religiosa de cada um. A turma 5 foi a que apresentou maior participação (68,8%) ao projeto de ensino/aprendizagem da relação médico-paciente, embora ainda mantivesse níveis altos de absentismo. No ano seguinte, apenas 6 alunos dessa turma responderam ao questionário distribuído e somente esses foram considerados para a análise dos dados.

O primeiro encontro com essa turma ocorreu no dia 26 de abril de 1999. Os alunos traziam muitas dúvidas e questionamentos para debate em sala de aula. Contudo, o primeiro encontro foi um pouco conturbado, primeiramente, pela dificuldade em encontrarmos uma sala disponível, visto estarmos frente às obras do novo prédio da

faculdade de medicina; depois, devido ao atraso do professor responsável pela turma, que queria participar do grupo. Ao chegar, o professor tomou a palavra, falando bastante de sua própria experiência, até que o chamado de seu telefone celular interrompeu-o e fez-se necessário sua retirada para atender a uma emergência.

O aluno 1 da turma 5 iniciou o grupo, não conseguindo relatar absolutamente nada a seu próprio respeito. Limitou-se a dizer que fez três anamneses sem nenhum problema. Com o decorrer do grupo, no entanto, levantou alguns questionamentos bastante objetivos e relacionados à semiótica.

A aluna 2, ao contrário, enfatizou suas dificuldades. Contou que enquanto fazia a anamnese, a paciente do leito ao lado engasgou com a sua própria secreção, ficando bastante grave. A filha da paciente, vendo a aluna de roupa branca, chamou-a de doutora e solicitou atendimento. Embora sentindo-se muito angustiada, manteve a calma e o discernimento, tendo chamado a enfermeira, que prontamente aspirou a paciente. A aluna relatou sentir-se impotente diante da situação.

O estudante 3, de forma enfática, descreveu sua timidez ao vestir-se de branco. Segundo seu relato, timidamente percorreu os corredores do hospital durante 15 a 20 minutos, sem, contudo, encorajar-se e entrar em uma enfermaria para ir ao encontro do paciente. Permaneceu angustiado durante seu relato oral. Referiu preocupação em estar *incomodando o paciente*. Disse *estar sugando o paciente sem dar nada em troca*.

O próximo a falar foi 4, que referiu tranquilidade para assumir a postura do médico diante do paciente. Disse ter-se relacionado bem com os doentes e que seus limites, enquanto estudante, não lhe incomodaram.

A aluna 5, ao contrário, revelou-se muito tímida e sentiu-se insegura. Preferiu entrar nas enfermarias em companhia das colegas. Teve medo dos doentes, imaginando-os agressivos. À semelhança do aluno 3, sentiu-se *incomodando o paciente*.

Em seguida, o aluno 6 revelou não se lembrar de seu primeiro paciente. Não conseguiu lembrar seu nome, em qual enfermaria estava internado, nem mesmo o que ocorreu durante esse encontro. Segundo suas palavras, fez a anamnese e entregou-a ao professor. *Deletei este registro*, disse. Solicitado a refletir sobre o fato, ele próprio concluiu que tratava-se de um “ato falho” e que possivelmente teria *apagado o fato da memória* devido à grande angústia que sentira na ocasião. Quanto a sua segunda experiência, lembrava-se de ter sentido tontura, sudorese fria e mal estar. Não soube

relatar nada a respeito do paciente. Na terceira tentativa, convidou um colega mais jovem e inexperiente para acompanhá-lo. Escolheu uma paciente adolescente que, segundo seu relato, assemelhava-se às suas alunas, visto ser professor em uma escola particular. Desta vez sentiu facilidade e concluiu a anamnese. A seguir entrevistou outras duas pessoas. Disse que sentiu tristeza, pois, após a anamnese, não reencontrou o paciente em outra ocasião.

A aluna 7 relatou ter-se sentido intimidada com os gracejos dos colegas a respeito do vestir-se de branco. Também percorreu os corredores do hospital por algum tempo, sem coragem para entrar nas enfermarias.. De repente, parou e escolheu um paciente *receptivo*, que lhe sorriu. Como, ao entrevistá-lo, percebera o quanto era solitário, retornou e promoveu outros encontros em dias subsequentes. A seguir, fez anamnese com uma senhora diabética que estava bastante irritada. A aluna foi atenciosa com a paciente embora esta fosse grosseira com ela e com a pessoa do leito ao lado. Relatou que sua mãe é diabética, daí conhecer a real dimensão do sofrimento daquela senhora.

O estudante 8 sentiu-se intimidado ao encontrar os colegas do 4º, 5º e 6º anos nos corredores do hospital. Segundo seu relato, sentiu-se *humilhado* ao confrontar-se com professores e médicos residentes. Ao entrar na enfermaria, não conseguiu fazer a entrevista com o paciente, pois *tinha mais estudante do que gente!* Preferiu, então, ir a um outro departamento. Lá, isolado com o paciente, sentiu-se seguro e fez uma boa entrevista. Segundo seu relato: *o paciente sentiu-se à vontade; até falou sobre sua impotência sexual!*

Após elogiar a atitude do colega, que buscou uma solução para si, o aluno 9 relatou sua imensa angústia quando preparava-se para o seu primeiro encontro com o paciente. Sentia-se tão ansioso e preocupado que procurou seu professor a quem contou sua emoção, sendo prontamente acolhido. Após a orientação do professor conseguiu fazer a anamnese e passou a entrar nas enfermarias de forma bastante tranqüila. Contou-nos sua estratégia para ir ao encontro do seu paciente: ao entrar na enfermaria, olhava para a mesa de cabeceira, observava bem os objetos: *se houver uma bíblia, o paciente provavelmente é religioso...* Assim, procurava iniciar a conversa focalizando a característica descoberta através dos objetos da mesa de cabeceira.

O aluno 10 disse já ter-se adaptado à roupa branca. *Os vizinhos, que me conhecem desde criança, agora chamam-me de doutor...* Disse gostar desse fato. Foi à enfermaria um dia antes dos colegas, pois estava ávido a encontrar o seu paciente.

Também andou por algum tempo, pelos corredores do hospital, até encorajar-se a entrar na enfermaria. Durante o primeiro encontro com o paciente, transpirou muito e sentiu-se ansioso.

Devido ao tempo que esgotara, os outros alunos não relataram suas experiências. Esse grupo foi muito atuante, tendo sido quase impossível manter o tempo pré-determinado.

O segundo encontro com a turma 5 foi em 28 de junho de 1999. Compareceram 12 dos 16 estudantes. Encontrei-os bastante receptivos e, novamente, ávidos por contarem suas experiências. O professor da turma esteve ausente nesse segundo momento. Os alunos vinham de um rodízio em um pronto-socorro da rede do SUS (Sistema Único de Saúde) desvinculado do hospital escola.

O aluno 10 fez questão de iniciar o grupo comentando sobre o quanto havia *amadurecido*. Referiu facilidade para ir ao encontro dos pacientes. Durante o plantão no pronto-socorro atendeu a uma criança que, à noite, não conseguia dormir. Como não estava atendendo mais ninguém, predis pôs-se a fazer-lhe companhia e, assim, conversaram bastante, brincaram e riram, o que ele classificou como *fantástico*.

A aluna 5 mostrou-se preocupada durante seu relato: referiu-se a si mesma como *tímida e fria durante a entrevista*. Após alguns minutos de reflexão sobre o tema, ficou evidente para todos que ela estava buscando uma postura equilibrada. Por ser tímida, tinha feito uma relação bastante formal com os pacientes, porém, conseguiu ser afetiva com todos eles. Mostrei-lhe a diferença entre ser tímida, porém, perceber o Outro, e ser simplesmente grosseira com o paciente. A aluna referiu sentir-se menos angustiada, pois concluiu que não tinha sido rude com as pessoas atendidas.

O aluno 8 sentia-se decepcionado com os médicos. Segundo o seu relato, esteve *diagnosticando a carência de uma relação médico-paciente humanística*. Contou-nos ter presenciado uma situação que lhe causou revolta: um rapaz totalmente alcoolizado chegou ao pronto-socorro com uma lesão cortante no pescoço. Diante da tentativa do médico em anestésiar a área ferida, o paciente colocou a mão sobre a lesão. Após uma segunda tentativa frustrada, o médico tornou-se abruptamente colérico, arrancando as luvas cirúrgicas e arremessando-as por sobre a bandeja de curativos. Voltando-se para o paciente, gritou: *você não deixa, então eu não suturo! Vai embora assim!* O aluno questionou o porquê da reação do médico e porque ele não solicitou ajuda no sentido de

imobilizar a mão do paciente, podendo, assim, dar-lhe o atendimento. Fez, ainda, uma ponderação a respeito do assunto: *o rapaz estava bêbado... é lógico que levasse a mão ao pescoço enquanto o médico tentava anestesiá-lo...* Por fim, o aluno 8 conclui de forma enfática: *quero fazer uma medicina diferente!* Falamos, então, sobre a necessidade de mudanças de paradigmas dentro da medicina e sobre a importância de resgatar-se o humanismo.

O aluno 9 também contou sua experiência no pronto-socorro. Percebeu uma pessoa soropositiva, com Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (AIDS) e com um quadro séptico, muito grave, que chegou ao hospital e não foi prontamente atendida. A paciente não recebeu nenhuma medicação e, segundo seu relato, não houve nenhum atendimento. Os médicos e as enfermeiras permaneceram de costas para a paciente, preenchendo papéis, talvez guias de internação. Naquele momento, um aluno que se aproximara, percebeu que a paciente havia morrido. Chamou os médicos que limitaram-se a constatar o óbito. O aluno indagou, emocionado, referindo-se ao seriado da televisão que mostra o heroísmo dos médicos: *e...onde fica o "Chicago Hope" ? Pensei que ia soar um alarme, que a equipe ia correr para tentar uma ressuscitação!* Expliquei-lhe a diferença entre um paciente viável com uma parada cardio-respiratória e o óbito no curso evolutivo de uma doença crônica e grave. O aluno mostrou compreensão do fato, porém, de forma assertiva, reafirmou sua indignação com o *pouco caso* da equipe.

O aluno 6, que também presenciara o fato, reafirmou o descaso e a desatenção da equipe médica para com a paciente. O aluno disse que a enfermeira que participara do atendimento era *sádica*, e *fazia os procedimentos cruéis nos pacientes com extremo prazer*. Segundo seu relato, ela era grosseira com as pessoas, e, tão logo fora constatado o óbito da referida paciente, apressou-se em ensinar aos alunos como entubar uma pessoa. Queria que os alunos "aproveitassem" a oportunidade. O aluno perguntou em meio a sua perplexidade: *é ético fazer isso?* Conversei sobre ética e humanismo e também sobre a necessidade do estudante de medicina aprender a entubar para, posteriormente, poder salvar vidas. Refletimos muito sobre o fato relatado e sobre como esse fato nos impactou a todos.

O aluno 10 e uma aluna que não estava presente no primeiro encontro relataram, em conjunto, com muita revolta: *quando a mulher estava viva, ninguém cuidou dela, quando morreu, todos "aproveitaram para entubá-la"...*

O aluno 1 reforçou sua angústia diante do fato relatado pelos colegas. No mesmo local, uma enfermeira designou-lhe para fazer uma sondagem vesical e ensinou-lhe a forma errada. Como já aprendera a fazer tal procedimento, procurou pontuar para a profissional a respeito da técnica correta. Foi *forçado a ficar calado*. Sentiu-se coagido: sabia a técnica correta, mas faltava-lhe a destreza necessária. Estava sob orientação da profissional que deu-lhe ordens para fazer o procedimento de forma equivocada.

O aluno 3 referiu já ter descoberto como fazer *alguma coisa pelo doente*. Foi entrevistar uma pessoa que recebera alta hospitalar e precisava avisar seus familiares para que esses pudessem buscá-la no hospital. O aluno prontificou-se a telefonar para os familiares do paciente, sentindo-se bastante útil.

O próximo a falar foi 11, que referiu-se ao fato de serem muitos alunos para examinarem poucos doentes. Seu professor foi à enfermaria com trinta alunos ao mesmo tempo. Percebeu o quanto isso *perturbou o paciente*. Sentiu-se *na obrigação de ser muito cuidadoso para com o doente*. Referiu ter o hábito de retornar nos dias seguintes às enfermarias para visitar as pessoas por ele examinadas. *Procuro dar de mim para reparar este problema de muitos alunos para um só paciente...*

Outros alunos que não puderam falar durante o primeiro encontro, manifestaram-se. Uma delas referiu estar questionando sua vocação. Em geral todos estavam muito impactados com o rodízio no pronto-socorro da rede pública. A reunião foi tensa, os alunos mantiveram-se exaltados e com lágrimas nos olhos. Houve dificuldade para encerrar o grupo. Alguns ficaram sentados após o término da aula, conversando comigo. Solicitaram novos encontros, que só foram possíveis no ano seguinte, quando alguns desses alunos reuniram-se comigo, de forma extracurricular e, juntos, desenvolvemos grupos Balint durante o primeiro semestre.

ANÁLISE DOS DADOS DA TURMA 5

A turma 5 foi a que apresentou menor absentismo, aproximando-se do índice de presença proposto por Balint como o desejável: 25 a 30% de desistência (Balint, 1975). Além da presença dos alunos, a turma destacou-se pela forma como participou dos grupos. Os relatos foram efusivos, entusiasmados, permeados de muita emoção. Os alunos mostraram-se participativos, todos queriam relatar suas experiências e vários foram os

casos discutidos. Em relação às outras turmas, este grupo foi avaliado como o melhor e mais aderente ao projeto. O fator idade foi preponderante, pois a presença de pessoas adultas serviu de contraponto aos arroubos próprios dos adolescentes. O conhecimento filosófico do aluno que cursou o seminário também foi favorável ao bom desenvolvimento dos grupos Balint.

Foram escolhidos para análise apenas os seis alunos (1, 3, 5, 6, 9 e 10) que, responderam ao primeiro questionário, participaram dos dois grupos, responderam à questão da prova e ao questionário no ano 2000.

O aluno 1, jovem de 21 anos, respondeu ao primeiro questionário de forma bastante peculiar. Dizia ele que: *para ser sincero, não há expectativas*. Não ter expectativas sobre o curso que escolheu como carreira profissional é, possivelmente, um simulacro. Todos os alunos alimentam expectativas, boas ou más, sobre suas relações pessoais e profissionais. O fato de sua frase não ter sujeito determinado demonstra uma intencionalidade, pois não pontua, com clareza, quem é a pessoa que não tem expectativas. Por estar incapacitado de perceber-se em-si e como Ser-aí, não consegue, também, analisar suas relações com o mundo no qual está inserido (embora não se dê conta disso). Quando falou a respeito de como o médico deve tratar seus pacientes, o aluno mostrou nítida identificação com o segundo, não reconhecendo-se enquanto pessoa a encarnar o papel do médico: *o que, nós doentes, queremos? Como devemos ser tratados?* Sua pergunta, não por acaso, ficou sem resposta. Já no seu primeiro relato deixou claro sua dificuldade de tomar consciência das coisas mesmas: o médico e seu papel social; o paciente, pessoa ímpar, inserida no mundo e o encontro entre os dois. Ao iniciar o primeiro grupo Balint, não conseguiu falar sobre si e sobre sua própria experiência, corroborando a análise anterior. Fez várias perguntas relacionadas à semiótica, demonstrando grande dificuldade em transcender ao já posto, ao conhecimento cognitivo. Este fato é concernente ao exposto por Tähkä, em seu texto a respeito dos estudantes de medicina e a necessidade de mudança de paradigmas no ensino médico:

Nos critérios de seleção de futuros médicos, o desempenho e as realizações intelectuais são enfatizadas de tal modo que os dotes intelectuais do médico acham-se indubitavelmente acima da média. (...) a forte ênfase concedida pelos processos de seleção ao sucesso nas ciências naturais favorece particularmente o tipo de dom teórico-matemático.(1988:40)

O aluno em questão, embora fosse dotado de conhecimentos cognitivos na área médica, não conseguia pensar-se enquanto pessoa situada no mundo realizando o encontro com o Outro, também pessoa, Ser-aí. No segundo encontro, o aluno 1 continuou preocupado com a técnica (no caso real, com a sondagem vesical), porém, já pôde expressar sua opinião junto à enfermeira, não conseguindo, ainda, falar ao grupo, sobre si mesmo. Em sua resposta à questão da prova, mais uma vez expôs seu conhecimento técnico (a doença rara do paciente, aspectos semióticos, etc), mas explicitou sua dificuldade em analisar a pessoa do paciente: *confesso que não consegui identificar estado emocional característico no paciente...* A falta do artigo definido “o” antecedendo a palavra “estado” em sua frase demonstra a dificuldade mantida em perceber o Outro enquanto Ser único. É perceptível sua dificuldade em ter consciência das coisas mesmas, compreender a intencionalidade, em efetivar o encontro (relação noético-noemática), em poder reconhecer o Outro inserido no mundo, em tomar conhecimento de si próprio. Esta sua incapacidade em transcender levou-o a uma dificuldade em efetivar seu devir médico, embora tivesse conhecimentos na área cognitiva. No ano de 2000, atendendo os pacientes de ambulatório e enfermaria, o aluno respondeu ao último questionário: *as aulas de relação médico-paciente nos fornece subsídios para podermos defrontar com o paciente sem medo, conhecendo cada característica dos mesmos.* Embora ainda tenha usado o plural para falar de si, já conseguiu referir-se ao encontro com o paciente e mencionou as características pessoais dos pacientes como algo a ser conhecido. Na medida em que começou a vislumbrar-se e a vislumbrar o encontro com o Outro, sentiu menos medo, e reconheceu que fez essa caminhada através da aquisição dos “subsídios” recebidos durante os grupos Balint.

O aluno 3, em final de sua adolescência (20 anos), respondeu ao primeiro questionário demonstrando ter consciência do encontro com o Outro: *há a oportunidade de termos contato com as pessoas, as quais poderemos, de alguma forma, ajudar.* Em seu relato no primeiro grupo, o aluno 3 disse de sua timidez em vestir-se de branco, por que tinha consciência de que não era médico ainda, porém sua intenção era exatamente sê-lo. Conforme ocorre com a maioria dos estudantes do terceiro ano, o aluno 3 percorreu os corredores do hospital, sem ter coragem para adentrar às enfermarias. O devir médico é um processo de desenvolvimento demorado e muitas vezes doloroso, em que o aluno abre mão de sua adolescência para encarnar o Ser que confrontar-se-á com a morte e com a dor.

Embora este papel faça parte da intencionalidade do aluno, tomar consciência desse processo é angustiante, pois reporta a pessoa ao auto-conhecimento e a busca de uma ressignificação enquanto Ser no mundo. O aluno em questão, que em resposta ao primeiro questionário estava cômico de que poderia, *de alguma forma ajudar*, em seu relato ao grupo, dizia sentir-se *incomodando o paciente sem dar nada em troca*. Naquele momento era-lhe, ainda, impossível perceber a relação noético-noemática que ocorreu entre ele (médico/noesis) e seu paciente (noema). Este sentimento freqüentemente relatado pelos alunos do terceiro ano, quando percebem-se “sugando os pacientes sem dar-lhes nada em troca” tem sido descrito por vários autores e faz parte do processo de desvelar médico (Tähkä, 1988; Zaidhaft, 1990; Luz, 1993). O aluno 3 demonstrou seu desenvolvimento quando, no segundo encontro, relatou ter *descoberto como ajudar o paciente*. Ao descrever como ajudou o seu paciente a comunicar-se com a família, demonstrou ter podido reconhecer a intencionalidade do seu encontro com o Outro. Percebeu, não só os seus limites enquanto estudante, mas, também, suas possibilidades (se não posso curá-lo, posso auxiliá-lo de outra forma) e, assim, pôde perceber-se inserido no mundo médico. Em sua resposta à questão da prova, demonstrou reconhecer a pessoa do doente em sua totalidade: *percebi que se tratava de um paciente verborréico (...) mas senti nele uma vontade enorme de aprender algo sobre sua doença(...) uma coisa chamou-me a atenção, a força para lutar contra a doença; mesmo tendo a possibilidade de possuir um câncer, ele sempre pensava positivo*. Suas frases demonstram sua percepção da intencionalidade do paciente, sua consciência sobre as coisas, a percepção do Ser-aí. O encontro foi, como ele mesmo classificou: *extremamente interessante*. Terminou seu relato dizendo: *percebi o quanto uma boa relação médico-paciente é importante*. No ano seguinte, ao responder o último questionário, disse: *tendo aprendido a importância da relação médico-paciente damos mais valor ao diálogo com o paciente*. Neste enunciado há um erro de concordância verbal que traz em si uma intencionalidade. Quando diz “tendo aprendido” expressa-se na primeira pessoa, porém ao dizer “damos mais valor”, expressa-se no plural. É-lhe difícil, ainda, perceber-se Ser único, encarnado em seu papel de médico. O verbo “dar” no plural demonstra a dificuldade de ser-em-si, confundindo-se ou mesmo fundindo-se aos outros.

A aluna 5, 23 anos, respondeu ao primeiro questionário enfatizando o sentimento de medo, bastante freqüente entre os alunos neófitos. *Sinceramente, estou com medo (...) espero sempre estar procurando escutar e compreender aquela pessoa que está*

na cama(...) foram suas primeiras palavras. Durante o primeiro grupo, a aluna continuava referindo-se a esse medo. Sentia-se, também, como alguém que só incomodava os doentes. Mostrou, em seu primeiro comentário, que tinha uma percepção, ainda que rudimentar, do paciente enquanto pessoa. Não conseguia ainda ter percepção de si e de sua intencionalidade. Ao não se perceber no papel do médico (noesis), não foi capaz de compreender a relação noético-noemática; mas ao contrário, imaginou-se como agente agressor ao paciente (aquele que suga sem dar nada em troca) e, assim, aguardou uma reação agressiva por parte dele, o que obviamente não ocorreu. No segundo encontro, a aluna conseguiu falar sobre si mesma. Referiu-se a si como muito tímida, mas já indicava uma preocupação com a relação médico-paciente. Procurava entender o encontro, porém, ainda estava impossibilitada ao entendimento da intencionalidade. Em seu relato em resposta à questão da prova, *a paciente era idosa. (..) Ela falava baixo e com dificuldade devido à dispnéia intensa (...)*, pôde perceber a paciente enquanto o Ser que sofre. Reconheceu o Outro. Apiedou-se da paciente, *sentí dó dela quando fomos fazer seu exame físico*, permanecendo inerte, sem efetivar o encontro, a relação noético-noemática. Apenas demonstrou estar ainda vivenciando sua função apostólica. No ano seguinte, contudo, ao responder o último questionário, relatou: *as aulas de relação médico-paciente ajudaram-me a escutar melhor o paciente, entender suas preocupações*, corroborando o desenvolvimento percebido na análise de seus relatos anteriores.

O aluno 6, 30 anos, era o ex-seminarista. Trazia uma importante bagagem de conhecimento humanístico. Iniciou sua resposta ao primeiro questionário de forma filosófica: *ter sensibilidade o bastante para perceber, sentir e respeitar o paciente como ser humano e, então, tentar fazer algo por ele*. Apesar de toda sua formação e vivência anteriores, referiu não se lembrar do que ocorreu no seu primeiro encontro com o paciente. Seu “esquecimento” a respeito do paciente e do encontro entre os dois, teve uma intencionalidade, que acabou por revelar-se no relato de sua segunda experiência, quando apresentou sudorese fria, tontura e mal estar. O pano de fundo que se impunha era o medo, tão freqüentemente referido pelos alunos novatos. Para poder ir ao encontro do paciente de forma adequada, e, assim, possibilitar a relação noético-noemática, elaborou um plano: convidou um colega inexperiente (sem condições para avaliá-lo) para acompanhá-lo e escolheu uma paciente jovem que logo identificou com suas alunas (com as quais tem tido boa relação professor/aluno). Assim, através de um simulacro, uma realidade falsa, pôde

promover um encontro que, embora irreal, foi facilitador para iniciar sua vivência enquanto médico. No segundo encontro com o grupo, o aluno 6 já encarnava com facilidade o médico. Discutiu com muita competência os meandros da ética, quando revelou o “sadismo” da enfermeira. Levantou uma questão crucial do processo de ensino/aprendizagem de medicina de urgência e questionou os limites éticos. Aprender a entubar em pacientes recém-falecidos... *É ético?* Deixou a pergunta em suspensão. O psicanalista Zaidhaft analisa profundamente este tema em seu texto:

(...) reações de jovens ao se defrontarem com mortos pela primeira vez. Os sentimentos experimentados nessas ocasiões são intensos (...) o sentimento de ser uma ave agourenta ao desejar a morte do paciente para nele poder treinar (...) todos estes elementos mostram claramente que os alunos têm que ultrapassar um ritual de iniciação, um batismo de fogo, que promove sua aptidão para serem médicos. (1990:20)

Em resposta à questão da prova, 6 relatou desenvoltura para promover o encontro com o paciente, porém, sentiu-se confuso para explicar se está perdendo a sensibilidade frente à dor do Outro, ou se está podendo lidar melhor com este sentimento. Demonstrou dificuldade em perceber-se enquanto Ser para o Outro. No ano de 2000, o aluno desenvolveu sua capacidade de perceber a intencionalidade do outro e de si próprio. Relatou ter atendido uma senhora insegura e ansiosa, com a qual conseguiu desenvolver uma boa relação médico-paciente. Disse que as aulas através dos Grupos Balint deram-lhe competência para *ter mais atenção e preocupação* com o doente.

O aluno 9, 21 anos, respondeu ao primeiro questionário dizendo que sua expectativa era a *fantasia de tudo acontecer como quero e conseguir me sentir um quase médico (...)* conseguir mostrar amor, paciência, tolerância, compaixão (...). Deixou nítido sua intencionalidade. Esperava um encontro e queria estar preparado para o Outro. Percebia já a alteridade e intencionava cuidar do Outro com *amor, paciência, tolerância, compaixão*. No primeiro grupo disse de sua ansiedade e como resolveu a situação: procurou o professor para conversar a respeito. Estabeleceu também uma estratégia para facilitar o encontro com o paciente, observando os objetos sobre a mesa de cabeceira. Ao observar tais objetos, promovia “o retorno às coisas mesmas” e procurava correlacionar tais coisas com a pessoa que os possuía. Foi capaz de perceber o Ser-aí, a pessoa inserida em seu próprio mundo, com sua intencionalidade. Assim, conseguiu efetivar o encontro, a relação entre ele (médico/noesis) e o paciente (noema). Durante o segundo grupo relatou a experiência da morte. Enquanto relatava, mantinha os olhos marejados, pois como podia

perceber a si mesmo, perceber o médico e a paciente enquanto pessoa, pôde, também, compreender a intencionalidade de cada um: ele próprio queria ser médico, como havia dito em sua expectativa, trazia em si uma *fantasia de tudo acontecer como quero*. Mas compreendeu que a intenção do médico frente ao óbito não era coincidente com sua fantasia. Sua pergunta - *onde fica o Chicago Hope?* - demonstra a súbita percepção de si mesmo inserido no mundo médico real, doloroso, fúnebre. Seu confronto com a morte, com a finitude, foi como uma máscara que caiu; subitamente se lhe aparecendo a verdadeira face. Quando expliquei-lhe que diante de um óbito de um paciente em fase final de uma doença crônica, grave, consuptiva, só restava ao médico assinar o atestado de óbito, o aluno percebeu a intenção da minha fala, porém sentiu-se triste pela perda de sua fantasia juvenil. Em resposta à questão da prova, 9 relatou: *me sentei, ela também, e fiz minha entrevista com calma (...) Senti-me bem, meu interior ficou radiante, pois consegui oferecer o que posso por enquanto: carinho, amor e alegria*. Pôde efetivar a relação noético-noemática entre si mesmo (noesis) e seu paciente (noema). Pôde ser droga. Em sua resposta ao último questionário, considerou que os grupos Balint contribuíram com seu aprendizado, inclusive, disse ter ficado *mais interessado em criar uma boa relação e em valorizar mais o paciente como um todo*. Terminou relatando uma vivência, já como aluno do 4º ano, em atendimento ambulatorial, quando atendendeu uma senhora de *gesto humilde, olhar perdido(...)* que, segundo seu relato, *contava sua doença como quem conta para um amigo, talvez, pela desesperança em cura, falava sem preocupação*. Após atendê-la, e por ter percebido a paciente em-si e Ser-aí, enquanto esperava pelo professor que iria orientar a condução do caso clínico, resolveu atuar: *neste momento aconteceu (...) entrei em seu âmbito pessoal(...) fiz com que se abrisse por inteira(...) vi reviver sua esperança, ela precisava conversar. O doutor veio e a paciente foi, e eu fiquei em dúvida...quem deu o melhor remédio?* O aluno pôde desenvolver plenamente sua capacidade do encontro com o Outro, efetivando a relação noético-noemática, a ponto de, conforme diz Balint, usar-se como remédio em doses adequadas. Ele sabia, o tinha feito e, o fez sem a autorização prévia do professor, pois sabia que podia agir de forma autônoma. E pôde agir assim, porque, pudera antes, aceitar a oferta da paciente e entender a organização da doença. Já emancipara-se enquanto pessoa que transcende ao já posto. Já havia encarnado o médico. Sabia, em-si, quem deu o melhor remédio.

O aluno 10, jovem de 22 anos, iniciou sua resposta ao primeiro questionário dizendo: *a escolha pela profissão médica já é uma realidade na minha vida*. Referiu que, além do interesse pelas ciências biológicas, vinha fazendo *profundas reflexões, por compreender a estreita ligação entre o estado mental da pessoa e sua saúde física*. Em sua colocação já aparecia a percepção da pessoa em sua totalidade, mas era apenas uma intuição. Seu relato durante o primeiro grupo corroborou sua expectativa. A roupa branca não lhe incomodava. Percebeu com prazer seu devenir médico. Era capaz de ser em-si. Também sentia-se capaz de buscar o encontro, e apesar de relatar-se ansioso, buscou o Outro antecipadamente. Ao iniciar o segundo grupo, falou de seu *amadurecimento*. Mostrou-se pronto, capaz de sair do em-si e caminhar para o ser para o outro. Compreendeu a criança insone, sua intencionalidade e permitiu a relação noético-noemática. Em resposta à questão da prova relatou uma entrevista prazerosa com um paciente alegre: *ele falou de sua família, de seu trabalho(...) conversamos além do problema de saúde dele*. Embora capaz de permitir à pessoa atendida mostrar-se por inteiro, ainda manteve uma dicotomização do ser em-si, resquício de um ensino médico flexneriano: o conceito de que conversar sobre a família, trabalho, lazer, vicissitudes da vida dos pacientes não tem relação com sua doença. O aluno ainda precisava caminhar no sentido de integrar essas partes e entender que a doença é um processo relacionado à pessoa inserida em seu mundo. Sua resposta ao último questionário, já no ano 2000, mostrou que o aluno considerou as aulas de relação médico-paciente como possibilidade de desenvolvimento enquanto estudante de medicina. Assim, disse: *as aulas contribuíram na medida em que existia a consciência de se colocar no lugar do paciente, saber ouvi-lo e buscar, realmente, ajudá-lo de alguma forma, não ficando restrito ao exame clínico, diagnóstico e prescrição*. Terminou seu relato contando um atendimento que fez com um colega, em que propiciou espaço para a paciente falar de si mesma e não dicotomizou a pessoa. Pôde perceber as relações entre a doença e a vida da sua paciente. Terminou seu relato dizendo: *ela mesma disse, ao final da consulta, que havia melhorado com a conversa e falou para continuarmos assim pois seríamos bons médicos*. O aluno, assim como seu colega, soube usar-se como medicamento, entender a organização da doença e aceitar a oferta da paciente, o que o levou a efetivar a relação noético-noemática.

DESCRIÇÃO DOS ENCONTROS COM A TURMA 3

Essa turma, a primeira a participar do projeto, era constituída de 14 alunos dos quais 10 responderam ao primeiro instrumento, revelando seus dados pessoais, e apenas 4 responderam ao questionário distribuído no ano de 2000. O grupo que respondeu o primeiro questionário era constituído por 5 alunos do gênero feminino e 5 do gênero masculino. A metade mais um eram, ainda, adolescentes (4 com 19 anos e 2 com 20 anos), o restante era adulto jovem (5 alunos entre 21 e 23 anos). Curiosamente, nenhum deles tinha pai ou mãe médicos e nem relataram ter iniciado ou terminado outro curso superior. Sete alunos eram religiosos: 5 católicos e 2 espíritas. Os outros 3 relatavam não ser adeptos de nenhuma religião.

Às 8:00h do dia 12 de abril de 1999, ocorreu o primeiro encontro com a turma. Os 14 alunos estiveram presentes neste primeiro encontro, bem como o professor de Semiologia Médica responsável pelo grupo, embora preferisse não se manifestar verbalmente. Segundo o relato dos alunos, o professor preparou-os durante os três primeiros dias de aula, ensinando-lhes alguns *truques*, citando até mesmo situações pessoais, bem como conselhos afetivos. No dia marcado para que eles fossem sozinhos ao hospital entrevistar seus pacientes, o professor acompanhou-os até as enfermarias, mostrando-lhes por onde começar. Só então deixou-os sozinhos. Embora não seja a proposta da disciplina, permitiu-lhes a formação de duplas, para que o medo e a insegurança dos alunos pudesse ser diminuída.

O aluno 1 mostrou-se muito preocupado com seu próprio desempenho, contudo, segundo seu relato ao grupo, percebeu que, se por um lado era impotente diante do paciente, por falta de conhecimentos médicos mais detalhados, era, por outro lado, útil ao doente, fazendo bom uso, do que denominou, de sua capacidade de *sedução*. Descobriu que a paciente gostava de ler, bem como o estilo por ela preferido, trazendo-lhe, num segundo momento, um livro para distraí-la.

O aluno 2, que fez dupla com 1, relatou que, ao adentrar à enfermaria, percebeu que o paciente virou-se de costas para ele. Analisou este movimento do corpo como uma resistência muda ao assédio dos estudantes de Medicina, solicitando, então, ao colega, que escolhessem outro doente para entrevistar. Neste momento, esclareceu-nos o motivo pelo qual fizera dupla com o colega, pois, assim, sentia-se mais seguro, embora sabendo que no futuro teria que fazer essas entrevistas sozinho. Explicou a dificuldade em ouvir a paciente que, segundo ele, falava baixo. Preocupado com essa dificuldade, procurara um otorrinolaringologista, tendo submetido-se a uma audiometria que mostrou uma discreta perda de 5% da audição. Segundo o médico que lhe atendera, esta perda auditiva não justificaria a má audição. Ao refletir, durante seu relato, sobre esse “ouvir dificultado”, percebeu ter, naquele momento, pouca habilidade em *ouvir* o outro.

O aluno 3 chegou justamente quando o colega encerrava seu relato. Estava atrasado, porém, o grupo permitiu-lhe integrar-se à dinâmica. Mostrou-se alegre, com um gestual bastante expressivo. Pediu, imediatamente, para fazer seu relato. Ao iniciar sua fala, teve dificuldade, visivelmente impactado diante do encontro com seu primeiro paciente. Disse que, ao entrar na enfermaria, estava disposto a realizar a anamnese conforme o professor ensinara, no entanto, ao perguntar ao paciente sua queixa principal, ouviu a resposta seca: *leve um tiro!* Ficou aturdido. Permaneceu em silêncio por alguns minutos, tendo instintivamente levantado sua prancheta até a altura de seu rosto. Segundo seu relato, tentou pensar em como continuar a entrevista, pois estava visivelmente abalado. Então, o próprio paciente continuou: *eu estava num bar... mas não estava errado!* O aluno pensou que não deveria ser bem assim...mas não fez nenhum julgamento perante o paciente. Retomou a anamnese, preferindo perguntar a respeito da cirurgia feita para a extração do projétil. Neste momento, o paciente do leito ao lado disse: *não se preocupe...você vai conseguir o que você quer...* O aluno sentiu-se acudido em sua perplexidade. Ao ser perguntado por mim, se era a primeira vez que se confrontara com a violência, 3 olhou para o chão e pensou... Disse não se lembrar.

A aluna 4 passou então ao relato de sua experiência. Referiu ter ido à enfermaria de Pediatria, tendo, segundo ela, feito uma relação fácil com a criança e com a mãe. Sua fala foi fria, desprovida de emoção e impessoal.

A seguir, 5, que faz teatro, passou a falar de forma prolixa. Foi a única a verbalizar a ansiedade do “vestir-se de branco”: *Moro em um condomínio e todos me*

olhavam diferente. Sai de casa assustada... Ao chegar à Faculdade e encontrar os colegas, todos de branco e todos igualmente ansiosos, sentiu-se melhor. Nesse momento, o professor chegou e levou-os até a enfermaria. *Parecia uma procissão... Professor na frente, como santo a abençoar e acudir a todos...* relatou-nos. Segundo ela, no momento em que o professor deixou-os nas enfermarias da Clínica Médica, sentiu-se ansiosa e com medo. Lembrou-se, então, que, como participante do projeto cênico Pronto Sorriso, já conhecia a enfermaria de Pediatria, nela sentir-se-ia mais segura. Lá chegando, uma criança que estava no corredor, chamou-a; ela parou e conversaram tranqüilamente, mas quando iniciou a entrevista com a mãe, a criança olhou para sua roupa branca e ficou, segundo ela, *amuada*. A aluna tentou novamente brincar com a paciente, sem sucesso. A seguir desta entrevista, foi à enfermaria e fez outras anamneses.

Quem assumiu a fala nesse momento foi 6. Ele também preferiu ir à Pediatria. Ao contrário dos colegas, não participou das duplas, mas sim, preferiu ficar só, isolado da turma. *Preferia estar só*, disse. Procurei refletir com ele sobre este “estar só” como se estivesse escondido de todos. Segundo seu relato, quando esteve diante do paciente e do pai dele, sentiu-se impotente, mas, mesmo assim, conseguiu conversar bem com o pai, embora sem uma boa comunicação com o menino doente. Não soube informar, no entanto, se manifestou ou não, algum contato físico com o paciente.

Dizendo de sua expectativa a respeito de seu primeiro encontro com o paciente, 7 iniciou seu relato. Esperava muita dificuldade. Foi também à Pediatria e fez a anamnese com um garoto de 8 anos, que acabara de vir do centro cirúrgico. A mãe da criança era verborrética e, imediatamente, o aluno identificou-se com o paciente. Entendeu-lhe o choro, fazendo o exercício mental de se colocar no lugar do garoto. Chegou, segundo seu relato, a sentir raiva da mãe do menino, que falava sem parar.

Chegou a vez de 8 apresentar seu relato. Foi continente com a criança, sua paciente, e com a tia que lhe acompanhava. Preocupou-se com a tia da criança e perguntou-lhe como se sentia com toda aquela dificuldade em cuidar da sobrinha doente. Agindo assim, emocionou aquela mulher. Deu-lhe o número de seu telefone, compromissando-se em estar disponível para ajudá-las. Sentiu-se gratificada com a entrevista que fez.

A aluna **9** disse ter entrevistado três pacientes graves. Dentre todos, foi a única a se confrontar com a morte. Sentiu-se deprimida, impotente diante da doença e da tristeza do paciente. Considerou-se, naquele momento, um estorvo na vida de cada um deles.

Em seu relato, **10** disse ter escolhido um senhor bastante verborréico. Gostou da entrevista que fez e até comprometeu-se a voltar para conversar com o paciente, em um outro momento.

Ao dizer de sua experiência, **11** referiu dificuldade para adentrar às enfermarias e escolher o paciente. Ultrapassada essa barreira, conseguiu estabelecer uma boa relação com o paciente e fazer a entrevista calmamente.

De acordo com sua fala, **12** foi mais uma aluna a ir à Pediatria. Sentiu-se insegura e *humilhada* pelas mães. Estas usaram termos técnicos que, ainda, lhe eram desconhecidos, desacreditando-a, e, por isso, identificou-se com as crianças.

Os alunos **13** e **14** não fizeram as anamneses, mas não quiseram detalhar o porquê.

Encontrei-me, novamente, com a turma 3, às 14h do dia 14 de junho de 1999. Houve necessidade de mudança de horário devido ao rodízio dos alunos com a professora de Fundamentos de Enfermagem. Naquele momento percebi a ausência do professor da turma e apenas 8 alunos estiveram presentes. Nenhum deles apresentou relatos a respeito da relação médico-paciente. Todos referiram não estar indo às enfermarias, e, portanto, não estar se encontrando com os pacientes. De acordo com os alunos, os professores estavam enfatizando muito a teoria, e com isso, impossibilitando-os à prática da anamnese. A reflexão visou mais a experiência dos alunos durante o rodízio da turma em Fundamentos de Enfermagem.

O primeiro a falar foi **2**. Considerou ter feito pouco progresso em relação aos primeiros dias do curso de Semiologia. Continuou sentindo-se impactado, quando, no Pronto Socorro, viu-se na obrigação de fazer procedimentos cruentos, para os quais, sabidamente, não estava treinado. Disse de sua angústia em aprender no próprio paciente *vivo e real*.

Refleti com ele que isto é, no mínimo, incoerente, e que ele deveria solicitar aos professores um melhor treinamento, para depois assistir o doente. Ele reiterou, ainda, que não estava fazendo as anamneses.

O aluno 11 concordou. Também sentiu-se apreensivo em fazer procedimentos que pudessem causar lesões ou seqüelas. Ao realizar, pela primeira vez, uma punção venosa, não conseguiu fazê-la adequadamente, tendo que pedir à enfermeira para substituí-lo. Sentiu-se, ainda, constrangido ao fazer o exame físico do paciente, pois, para tanto, houvera de desnudá-lo. Refleti com ele sobre ética e moral, falando sobre a obrigação de mantermos o segredo médico, o que foi uma surpresa para todos. Todos os outros colegas concordaram com 11 a respeito da dificuldade em fazer o exame físico.

Ao contrário dos outros colegas, 9 gostou muito do rodízio de Fundamentos de Enfermagem, e disse ter recebido supervisão adequada. Segundo seu relato, fez vários procedimentos, sentiu-se bastante gratificada e mais atuante. Um de seus pacientes pediu-lhe que voltasse no outro dia para fazer-lhe o curativo, visto ser ela muito delicada, ao contrário da “enfermeira “ que o atendia, que puxava o esparadrapo com muita agressividade, levando-lhe, inclusive, a perguntar-lhe: *por que esta raiva? O que eu lhe fiz?* A aluna referiu-se ao médico como aquele que sabe muito e, portanto, não deve aceitar observações dos pacientes, baseadas no senso comum. Teve dificuldade, diante do grupo, em reconhecer seu pouco conhecimento médico, e não conseguiu admitir que todos, mesmo os leigos, têm o que ensinar uns aos outros.

As alunas 4 e 5 relataram ter feito um curativo em uma jovem hemiplégica devido à seqüela cirúrgica. A paciente apresentava escaras e havia sido submetida à enxerto de pele. As alunas se apresentaram à paciente no dia anterior. Disseram ser estudantes de medicina e que voltariam no dia seguinte para fazer os curativos, ao que a paciente respondeu-lhes: *tudo bem*. Poderiam fazer-lhe os curativos desde que não tocassem no enxerto, para não contaminá-lo. A aluna 5 foi enfática ao dizer que entendeu a postura da paciente pois, colocando-se em seu lugar, percebera que teria tido a mesma reação. Ambas retornaram no dia seguinte para iniciar os curativos. Surpresas, encontraram a paciente confiante, ela mesma retirando as ataduras que cobriam o local do enxerto de pele, e expondo-o às estudantes para que fosse feito o curativo. Segundo 4, essa moça, por estar acostumada aos curativos, ensinava-lhes alguns detalhes importantes, dizendo: *se virar a perna assim é melhor... se você ficar do outro lado facilita...* As alunas aceitaram as orientações e fizeram os curativos tranquilamente.

O aluno 3 iniciou sua fala queixando-se dos professores que, segundo ele, não têm discutido, em classe, as anamneses feitas pelos alunos. Referia estar *perdido*, em

busca de um referencial. Querendo *construir um estilo*, estava em busca de um modelo. Procurou ajuda com seu primo médico que, segundo sua percepção, tinha uma excelente relação médico-paciente. Disse que seu primo valorizava o paciente e preocupava-se em imprimir uma boa relação com todos seus clientes.

O aluno 7 disse que tinha por hábito apresentar-se ao paciente, sem no entanto, esclarecer sua condição de estudante. Embora mantivesse-se atento ao indivíduo, acreditava que, de certa forma, sua atitude dificultava a relação. Referia que, por ser muito jovem (apenas 19 anos), ouviu de uma paciente idosa: *quantos anos você tem? você é tão novo para cuidar de mim...*

O aluno 6 referiu estar *sem um norte*, mas procurando não perder de vista o sujeito, o paciente enquanto indivíduo.

ANÁLISE DOS DADOS DA TURMA 3

Embora, no primeiro momento, todos os alunos da turma 3 tenham participado, no segundo, houve uma redução da presença. Apenas 7 alunos (50 %) efetivamente participaram dos dois encontros, entregaram o relato inicial das expectativas e posteriormente responderam a questão da prova a respeito de suas relações com seus pacientes. Em 2000, já cursando o 4º ano, apenas 5 alunos responderam os questionários distribuídos.

O absentismo em sala de aula durante a dinâmica, embora alto, não foi um fator preocupante, visto que o próprio Balint (1975) relatou uma desistência de 60% em seus primeiros grupos, tendo reduzido esta taxa para 35% nos últimos. De acordo com sua sugestão, o ideal como aderência aos encontros, deveria ser apenas 25 a 30 % de desistência. Ocorre que, conforme Balint explicitou :

Todo progresso terapêutico obriga o médico a incorporar um novo conhecimento, ainda que só se trate de aprender um modo correto e receitar uma nova droga. Em outras palavras, assimilar uma nova terapia implica numa mudança. Mas enquanto as mudanças exigidas por novas técnicas em outros ramos da medicina não exercem maior influência sobre a personalidade do médico, a técnica psicoterápica afeta de um modo bastante profundo a personalidade. Deste ponto de vista, a atitude desses profissionais que se retiraram foi talvez um compreensível ato de defesa contra uma violação não autorizada de sua vida mental particular, por conseguinte deve ser encarada com respeito. (1975:264)

Partindo deste pressuposto e visto que eu estava lidando com estudantes de medicina e não com médicos, e, ainda, que estes estudantes encontravam-se em um momento especial da formação médica, em que, pela primeira vez, eles, ainda adolescentes, estavam se confrontando com as angústias, com a dor e eventualmente com a morte, encarei não só com respeito, mas, principalmente com compreensão, a intencionalidade dos alunos faltosos. Procurei seguir as orientações do professor Luban-Plozza, que, com longa experiência do uso de Grupos Balint na formação médica, diz:

Uma segunda lição a ser aprendida é que alguma tolerância faz-se necessária se os estudantes tiverem uma frequência irregular; é difícil para muitos de nós perceber quais pressões os estudantes experienciam no dia a dia, incluindo alguma oposição, consciente ou inconsciente, aos grupos; o que ainda ocorrerá por um longo período. Teoricamente, os grupos Balint encorajam os estudantes a discutir suas próprias reações e dificuldades; na prática, compreensivelmente, essa discussão geralmente desenvolve um papel secundário com respeito ao desenvolvimento e necessidades de um paciente em particular. (s/d:2437) (24)

Também Tähkä, profundamente experiente no ensino através desta técnica, ao fazer a comparação entre o médico e o estudante de medicina, foi bastante explícito em sua colocação, corroborando a atitude dos autores anteriores:

O estudante, por outro lado, quando vê seus primeiros pacientes, não tem esta experiência atrás de si, nem tampouco desenvolveu mecanismos para enfrentar tais situações. É geralmente uma pessoa jovem, cuja experiência de vida é, comparativamente, limitada. Embora tenha, naturalmente, se adaptado ao pensamento de que vai se tornar médico, ainda não tem a experiência do trabalho médico real, nem, tampouco, uma identidade final. Pela primeira vez., pessoas vivas são objeto de sua atividade (...) Estes primeiros encontros com pacientes acham-se geralmente associados com muito mais incerteza e ansiedade do que o estudante está preparado para admitir, mesmo para si próprio. (1988:49)

Foram escolhidos para análise desse grupo apenas os alunos 2, 4, 6, que participaram dos dois grupos Balint, responderam ao 1º questionário, à questão da prova, bem como ao 2º questionário, distribuído no decorrer do ano 2000.

(24) *A second lesson to be learned is that some tolerance is needed if students attend irregularly; it is difficult for most of us to realize what pressure students experience nowadays, including some opposition, conscious or unconscious, against the groups; this will last for a long time yet. In theory, Balint groups encourage students to discuss their own reactions and difficulties; in practice, understandably, this discussion often plays a secondary role with respect to the behaviour and needs of a particular patient.*

O aluno 2, um rapaz de 22 anos, em resposta ao primeiro questionário, referiu muita ansiedade e preocupação, chegando, mesmo, a dizer que sua expectativa era negativa. Entretanto, em seu primeiro relato no Grupo Balint, o aluno deixou claro, pela sua fala, que não se identificou com o paciente, mas, sobretudo, pôde percebê-lo “em si”. A percepção do Outro ocorreu, como refere Merleau-Ponty (1999), graças à mediação do corpo, pois foi através da percepção da postura corporal do paciente, que o aluno pôde entendê-lo como um ser sofrido, desgastado pelos constantes assédios dos outros estudantes ao fazerem as anamneses. O fato de observar o movimento do paciente, de virar-se de costas para os alunos, e ter a dimensão da representatividade deste fenômeno, ou seja da intencionalidade do fato, demonstrou que esse estudante foi capaz de transcender à mera técnica de entrevistar o doente para fazer o diagnóstico da doença. O aluno, conforme Capalbo, pôde ir *ao encontro do encontro e mais precisamente do ser, de suas manifestações* (1996:64). Procurei, durante o grupo, enfatizar este processo, não só para desvelar toda a sua profundidade e permitir ao aluno tomar consciência de sua própria capacidade de encontrar o Outro em-si, mas também para ensinar aos demais participantes do grupo as possibilidades de perceber o Outro enquanto ser em sua totalidade.

Ainda no primeiro relato, 2 referiu-se a outra paciente a quem ele “não pôde ouvir”. Frente a dificuldade de ouvir, o aluno buscou a ajuda de um otorrinolaringologista, que constatou sua boa audição. Procurei refletir com ele e com os colegas sobre a dificuldade de ouvir o Outro. Emprestar os nossos ouvidos às queixas do Outro é favorecer o desvelar do paciente enquanto Ser total; em última análise, é promover a relação noético-noemática, quando o médico (noesis) e o paciente (noema) encontram-se, e este encontro é mediado pela intencionalidade presente na consciência de cada um deles. A surdez afetiva às vezes impede a percepção do Ser-no-mundo. É necessário, principalmente ao médico, exercitar esta capacidade. Conforme explica Merleau-Ponty:

(...) é preciso admitir que aquele que escuta recebe o pensamento da própria fala. À primeira vista, acreditar-se-ia que a fala ouvida nada pode trazer-lhe: é ele quem dá seu sentido às palavras, às frases, e a própria combinação das palavras e das frases não é uma contribuição alheia, já que não seria compreendida se não encontrasse naquele que escuta o poder de realizá-la espontaneamente. (1999:242-243)

No segundo encontro, o aluno referiu-se impactado com a realidade de fazer procedimentos cruentos no paciente sem ter o treinamento necessário. Provavelmente, porque o aluno desenvolveu sua capacidade de ver a pessoa em sua totalidade, pôde

perceber nos mínimos movimentos corporais o medo, a angústia e a insegurança do paciente. O estudante 2 deixou de Ser-em-si e tornou-se um Ser para o Outro. Não conseguiu trabalhar em si a dor que sentiu ao ver o seu paciente desvelar-se. Refletimos sobre este fato e procuramos apontar caminhos que pudessem amortecer sua dor. Como estudante de Medicina, precisava treinar os procedimentos em pacientes vivos. Mas, também, precisava exigir dos professores só ir para campo quando estivesse bem treinado em bonecos. Por outro lado, a professora de Fundamentos de Enfermagem permitia tal reflexão em classe, o que, de certa forma, minimizava a situação. O aluno necessitava, e isto foi dito a ele, resgatar a relação professor/aluno, de forma a permitir um bom relacionamento e treinamento técnico. Neste momento, 2 pôde perceber a intencionalidade presente em sua própria consciência: o que queria enquanto pessoa que estava sendo capacitada para cuidar de pessoas?

Em sua resposta à pergunta da prova, 2 contou que fora orientado a fazer um curativo em uma paciente que se submeteria a uma cirurgia cardíaca. Seu relato foi contundente: *ela estava muito ansiosa, o olhar meio triste porque faria novamente a cirurgia no coração. (...) fiz o curativo, e, ao sair, notei que a paciente continuava muito triste, falava pouco e não se mostrava nem um pouco receptiva. Afinal, a cirurgia era à tarde.* O estudante pôde, novamente, ir ao encontro de sua paciente percebendo-a em-si, em sua essência, e esta mediação pôde ser feita através do corpo, do olhar, da fala, que, naquele momento, já podia ouvir, e da expressão de tristeza. O aluno percebeu toda a intencionalidade da paciente e não entendeu sua pouca receptividade e tristeza apenas como uma reação à sua pessoa e ao procedimento executado. Por poder compreender o medo da paciente e sua certeza de morte, 2 novamente sofreu, o que pareceu não ser percebido pelos outros médicos. Sua angústia foi muito grande, a ponto de questionar a competência dos especialistas: *(...) no outro dia, quando cheguei no hospital, fiquei sabendo que tinha falecido. Fiquei chocado e me senti com raiva desses médicos da Cardiologia (...).* O aluno ao responder o último questionário, já no 4º ano do curso, referiu estar atendendo pacientes em enfermaria e ambulatório e considerou positivo sua participação nos grupos Balint, pois *me fez pensar mais nos pacientes; o que está sentindo, o porquê de sua revolta...*

Embora o aluno já fosse competente para reconhecer o Outro enquanto pessoa, principalmente através da mediação do corpo, pôde desenvolver, através dos Grupos

Balint, uma maior percepção, e, inclusive, uma boa capacidade de escuta. Contudo, talvez pela exigüidade de tempo (apenas 2 grupos) ou mesmo pela pouca atividade do aluno com os pacientes, não foi possível, nos casos apresentados pelo aluno 2, discutirmos a organização e oferta da doença, o médico como droga, o conluio do anonimato e a função apostólica. Contudo, a relação entre si (médico/noesis) e seu paciente (noema) foi efetivada.

A aluna 4, jovem de 20 anos, respondeu ao primeiro questionário referindo-se ao encontro com o paciente como a verdadeira medicina. Disse não ter idealizações e fantasias em relação à profissão. Embora entusiasmada para o início da Semiologia, de forma bastante contraditória, referiu sentir medo. Contudo demonstrou ter compreensão da necessidade de estabelecer um bom relacionamento humano. Quando a aluna referiu-se ao fato de não ter fantasias e idealizações sobre a profissão, o fez de forma impessoal e fria, não sendo capaz de reconhecer sua própria intencionalidade, que em última análise, impulsionou-a a prestar vestibular para medicina. Todas os estudantes de medicina têm representações sobre sua futura profissão, a que chamamos de idealizações e fantasias. Algumas, bastante dicotomizadas da realidade, outras, porém, mais próximas da verdade, da essência da profissão.

De forma impessoal foi também o relato da sua primeira experiência clínica. Referiu ter feito a entrevista com uma criança e sua mãe, tranqüilamente. Embora não tivesse falado muito sobre seu atendimento, participou ativamente das reflexões feitas a partir das colocações de seus colegas. Fez questão de entregar-me, por escrito, o relato desse primeiro encontro com o paciente. No texto, ao contrário do que disse no grupo, ressaltou sua apreensão e seu medo, pois, *não sabia como abordar o paciente para iniciar a anamnese*. Percorreu os corredores das enfermarias como se estivesse à espera de alguém que lhe chamasse e dissesse: *venha, vou ajudá-la*. Tentou iniciar pela Pediatria, mas o encontro com uma criança portadora de doença congênita mobilizou-a a ponto de desistir da entrevista. Segundo seu relato, após algumas voltas pelo hospital, retornou à Pediatria e, então, realizou sua primeira anamnese. Por fim concluiu: *tenho muito a trabalhar em mim mesma para que eu consiga vivenciar uma boa relação médico-paciente*. Ficou claro que, além de incapacitada a reconhecer sua intencionalidade, ainda mantinha-se muito identificada com os pacientes, não conseguindo promover o encontro com o Outro.

No segundo grupo, 4 demonstrou um crescimento, pois, de acordo com seu relato, foi capaz de ir ao encontro do paciente de forma a percebê-lo em sua essência. Ao fazer o curativo da paciente, aceitou sua orientação, visto já estar acostumada com esses procedimentos. Desta vez, conseguiu fazer uma relação médico-paciente mais satisfatória e menos impessoal. Efetivou a relação noético-noemática.

A análise da fala dessa aluna mostra que, no primeiro encontro com o grupo, ela não se desvelou e portanto não foi possível perceber a essência: seu medo e apreensão. Na medida em que ela tomou consciência de sua intencionalidade, a necessidade de ir ao encontro do outro, sua atitude mudou, não só em relação à paciente, mas também permitindo um movimento em busca de seu devenir. Seu próprio relato dos fatos diante do grupo demonstra essa mudança de atitude. Em sua resposta à questão da prova, referiu-se à sua última paciente: uma senhora que havia submetido-se a uma cirurgia ginecológica. Segundo sua observação: *(..) por mais que ela se mostrasse educada e respondesse aos meus questionamentos, ela se sentia angustiada e procurava não falar muito de sua doença. A impressão que tive é que ela buscava não falar da doença, como se assim procedendo, a doença não existisse. Posteriormente, descobri que os médicos teriam proposto a cirurgia para retirada de um mioma. Porém (...), encontraram o útero comprometido e com aspecto de um câncer. Entendi então que a paciente estava em um período de "negação" e por isso evitava falar sobre o assunto.(...) Quanto a mim, (...) ao perceber sua resistência em falar na doença, procurei ser cautelosa em minhas perguntas. (...) Quando descobri que o motivo da angústia daquela jovem senhora tratava-se de um possível câncer uterino, fiquei muito triste, pois sabia que nada poderia fazer para ajudá-la, exceto demonstrar afeto, amizade e apoio.* Nesse relato ficou evidente que a aluna reconheceu a intencionalidade da paciente, pois, em nenhum momento, percebeu-se como causa do sofrimento alheio; ficando bem definido que a dor da paciente era pela possibilidade de estar com câncer. A paciente ofertava-lhe sua doença e sua dor. Embora 4 tivesse desenvolvido sua capacidade de ir ao encontro da pessoa e sido acolhedora e continente em sua atitude médica, não foi capaz, de reconhecer em si, suas possibilidades de usar-se enquanto medicamento (droga) através de suas gotas de afeto, amizade e apoio. No ano seguinte, já em atendimento ambulatorial e de enfermagem, ao responder o último questionário, 4 reconheceu que *o número reduzido de aulas foi insuficiente para aproveitamento efetivo*, sugerindo, inclusive, um aumento da carga horária dos grupos.

Mas ao relatar seu desempenho com seus pacientes destacou-se como possibilidade de ter uma ação terapêutica (usar-se como droga): *percebo que a mãe da criança* (no caso o paciente) *sente-se feliz quando vou visitá-las e que a atenção por mim dispensada foi capaz de conquistar sua confiança*. Ficou claro, ainda, sua capacidade de perceber a alteridade e não identificar-se com o paciente: *quanto a minha postura diante da situação, posso dizer que consegui desvencilhar o lado pessoal e profissional. Apesar de acompanhar o caso da criança e saber de todas as dificuldades do tratamento, não fiquei carregando comigo o peso de uma responsabilidade que não posso assumir*. Embora, através de poucos encontros, o grupo Balint propiciou um desenvolvimento mental e um desvelar da aluna.

O estudante 6 era muito jovem, com apenas 19 anos. Ao responder ao primeiro questionário referiu-se à primeira anamnese como *um encontro cheio de ansia*. Ainda sem ter entrado em contato com os pacientes, reconheceu-os como seres fragilizados pela doença. Terminou seu texto com as seguintes palavras: *não sabemos cuidar nem de nós mesmos, quanto mais de outras pessoas que nem conhecemos...*

Como seus colegas, escolheu a Pediatria para iniciar sua primeira entrevista. Contudo, segundo seu relato no grupo, queria isolar-se dos outros, chegando a dizer que *preferia estar só*. Sentiu-se impotente diante da criança doente e de seu pai.

Toda consciência é consciência de algo, e para 6 esta citação ainda não estava clara. Sua afirmativa “de que não sabia nem mesmo, cuidar de si, quanto mais dos outros”, traduziu-se na dificuldade de transformar a “consciência em si” em “consciência para si” e portanto reconhecer a alteridade de seu paciente. A dificuldade em ir ao encontro do outro, de efetivar a relação noético-noemática, levou-o a se “esconder” (preferia estar só). Não ter ninguém por testemunha deveria ser facilitador naquele momento em que ele próprio referiu ser de *ansia*. O pai do paciente, contudo, encarnou o papel de testemunha do encontro, tão dificultado, entre o Ser que pretendia desvelar-se médico (o aluno/noesis) e o Ser doente (a criança/noema). Diante da situação altamente angustiante não foi possível ter a consciência dos fenômenos (não se lembrou do contato físico com o paciente).

No segundo grupo continuou *sem um norte*, muito embora não tenha percebido que começara a tomar consciência do Outro, pois fez menção à necessidade de não se perder o indivíduo (paciente) de vista. Preferiu não dizer mais nada; havia necessidade de recolhimento e de reflexão. Pareceu estar próximo da possibilidade de tomada de

consciência de sua intencionalidade e do reconhecimento da alteridade. Encontrava-se diante de um movimento em prol de seu desvelar e da possibilidade de ir ao encontro do paciente.

Sua resposta à questão da prova mostrou seu crescimento. Contou que, sua última entrevista foi com um adolescente que estava internado tendo por companhia a mãe. Desta vez, não se sentiu constrangido pela presença da mãe do paciente e tampouco pela presença de um colega ao lado. Fez sua anamnese tranqüilamente, pautando-se dentro dos preceitos éticos que regem a entrevista dos adolescentes. Terminou seu relato mostrando ter encontrado “seu norte”: *enquanto profissional, procuro fazer o meu trabalho dentro da ética, demonstrando a minha solidariedade com o paciente*. No ano seguinte, ao responder o último questionário, disse, referindo-se aos Grupos Balint: *apesar de terem sido ótimos, não sei o porquê, mas as aulas de relação médico-paciente não ajudaram muito...* Segundo as suas palavras, acredita que a relação médico-paciente seja um dom: *alguns têm ótima relação, outros nem chegam a ter qualquer relação. Este dom pode ser levemente desenvolvido, mas somente com o exemplo, com a experiência e humildade*. Embora tenha apresentado um desenvolvimento considerável de sua capacidade de ir ao encontro do paciente, não foi capaz, talvez pela exigüidade de horas/aula, de compreender o processo de evolução mental que é exigido no desenvolvimento da relação médico-paciente. Os casos por ele relatados não permitiram uma análise das categorias balintianas, pois, sua dificuldade em ir ao encontro do Outro dificultou o conhecimento, pelo grupo, dos pacientes “em si”.

DESCRIÇÃO DOS ENCONTROS COM A TURMA 6

A turma 6 era composta de 15 alunos, dos quais apenas 10 responderam ao primeiro questionário. Destes, 6 alunos eram do gênero feminino e 4 do gênero masculino. À semelhança com a turma 5, a maioria dos alunos eram ainda adolescentes (2 com 19 anos e 4 com 20 anos) enquanto os 4 restantes tinham 21 anos. Nesta turma havia um contingente maior de filhos de médico (5 alunos). Dois jovens haviam começado outro curso superior: um iniciara Direito, e outro, Ciências Exatas. A metade mais um (6 alunos) diziam-se religiosos: 4 católicos, 1 espírita e 1 evangélico.

O primeiro encontro com esta turma fora agendado para o dia 03 de maio de 1999. Contudo, a professora de Fundamentos de Enfermagem, rodízio pelo qual passavam na ocasião, não os liberou para nosso encontro, tendo marcado uma aula especial com palestrante convidado. Remarqueei com os alunos uma outra data oportuna. Assim, às 16 horas do dia 16 de junho de 1999 ocorreu, efetivamente, o primeiro encontro com a turma 6. Apenas cinco alunas compareceram, embora a turma toda estivesse avisada da data e horário.

A aluna 1 relatou que desde as primeiras vezes em que foi às enfermarias, sentia-se com dificuldades para iniciar as entrevistas. Andava pelos corredores e demorava a entrar nas enfermarias. Ao pensar-se no lugar dos pacientes, sentia-se *invasora, incomodativa*, pois percebia, o quanto deveria ser, para eles, *desagradável e cansativo ter de responder às perguntas dos alunos*. Tinha a sensação de que apenas *sugava o paciente sem dar nada em troca*. Expliquei-lhe a importância de colocar-se no lugar do paciente. Mostrei-lhe, também, como é necessário buscar as oportunidades de auxiliar o doente, por mais simples que possa ser a ação do estudante.

A aluna 2 passou a falar de sua experiência, referiu *sentir-se impotente*, pois, segundo ela, não tinha ainda conhecimento bastante para atuar junto ao paciente. Ao falar, seus olhos tornaram-se lacrimejantes. Contou que a paciente por ela entrevistada, embora muito jovem, já tivera 9 filhos em tres partos gemelares (trigêmeos)! Esta jovem senhora, após acidente de moto, estava recuperando-se de sua segunda cirurgia. Encontrava-se angustiada e demonstrava necessidade de falar com a assistente social, pois estava passando por grandes dificuldades financeiras. Precisava de roupas para as crianças, e outras coisas. A aluna comoveu-se com a situação da paciente e resolveu dar-lhe o número do telefone de seu pai, que é pediatra, caso necessitasse de atendimento para as crianças. Pensou em ajudar de outras formas, mas não conseguiu agir. Mostrava-se bastante triste ao constatar que poderia ter feito mais por aquela jovem senhora. Continuou falando a respeito e referiu-se, com certa indignação: *em tempos de Pacht Adams* (filme de sucesso naquele momento) *e de Pronto-Sorriso* (grupo teatral dos estudantes de Medicina, à semelhança do filme), *parece que quem não nasceu para palhaço está errado!* Ela deixou claro que não aceitava a postura do médico “palhaço”, aquele que poderia estar fazendo brincadeiras para minimizar a dor dos pacientes. Foi frontalmente contra os colegas que choravam após um atendimento de um paciente grave. Preconizou a frieza do médico

(embora estivesse quase chorando). Disse que *seus colegas não a vêem com bons olhos*, pois consideravam-na *muito fria*. Expliquei-lhe sobre as várias formas de interagir com os pacientes. Ela pareceu ver em mim a postura dos colegas do Pronto-Sorriso, o que a incomodou sobremaneira. Não insisti. Ela permaneceu calada, refletindo.

A aluna 3 mostrou-se segura de si. Referiu não sentir medo ao entrar nas enfermarias, embora reconhecesse que *preferiu chamar um médico residente para acompanhá-la na primeira entrevista*. Disse: *não tenho uma relação médico-paciente para contar, pois não tenho problemas para fazer um relatório*. Expliquei-lhe que a relação médico-paciente não pressupunha um problema. Ela, então, relatou sua experiência. Presenciou um médico atendendo uma paciente idosa, desnuda (sem a blusa), em uma sala de porta aberta, local de fácil acesso aos outros pacientes, que adentravam à sala para pedir informações. Imaginou-se no lugar da paciente e pôde perceber o fato como uma falta de ética. Encaminhou-se, então, até a porta fechando-a, mostrando assim, ao médico, claramente, como deveria agir. Naquele momento percebeu o que tinha feito e a dimensão ética e educativa do seu ato. Sentiu-se, então, triste, diante da constatação de que o médico não percebera sua atitude. Mostrei-lhe que ela não tinha como interferir, pois esta percepção era da ordem da cognição do médico. Ele é que estava “cego” ou “surdo” às dores do paciente. Disse-lhe que ela, porém, estava sendo adequada.

A aluna 4 comunicava-se muito bem. Sua postura corporal denunciava-lhe estar em contato com o grupo, “aberta” ao contato afetivo. Inclinou-se para frente, com leve flexão do tronco, como se quisesse aproximar-se de todos. Contou, empolgada, que se sentia à vontade nas enfermarias, enquanto conversava com os pacientes. Segundo seu relato, em sua segunda entrevista, a paciente contou-lhe as tristezas e vicissitudes de sua vida, fazendo-lhe chorar. Posteriormente questionou-se por ter emocionado-se frente à paciente. Uma outra senhora também contou-lhe suas tristezas, o que a levou a dizer: *acho que as pessoas não contam estas coisas para qualquer um...* Percebeu, após seu relato, que tinha capacidade de ouvir. Contou-nos que emprestou um romance para uma paciente, e que, ao ir buscá-lo, encontrou a paciente indo para o centro cirúrgico pois submeter-se-ia a uma cirurgia. No dia seguinte, ao ir visitá-la, recebeu a notícia de sua morte. Naquele momento, emocionou-se e chorou. Refleti com os alunos sobre os lutos que todos os médicos vivenciam no dia-a-dia da profissão. Falei sobre “perder” o paciente, jargão médico comum e que, pressupõe “ganhar” o paciente. Mostrei-lhes que o exercício da

medicina não é um jogo onde ganha-se ou perde-se. Expliquei-lhes que ser médico pressupõe ser cuidador. Conversamos sobre a necessidade de estar-se junto ao paciente até sua morte.

Naquele momento surgiu um debate: a aluna 2, chorando, defendeu a necessidade de uma postura fria por parte do médico. A aluna 3 revoltou-se por que não havia consenso sobre como o médico deveria portar-se diante daquelas situações por mim colocadas. Falou sobre alguns médicos do hospital onde estagiara, da *grosseria* muitas vezes presenciada e de como muitos professores diziam, em sala de aula, que o médico não devia deixar-se envolver, fragilizar-se e chorar. Naquele momento, diante das alunas agitadas e chorosas, confirmei que não existia mesmo consenso e falei da importância de existir o contraponto. Refleti com elas a necessidade de pensar sobre as divergências para que cada pessoa pudesse encontrar seu equilíbrio e sua atitude ética.

A aluna 5 encerrou o grupo falando sobre sua sensação de estar *incomodando o paciente*. Disse que não se preocupava com o fato de alguns pacientes negarem-se a fazer a entrevista, pois reconhecia o quanto os alunos importunavam-nos.

Conforme previamente agendado, cheguei às 7h30min do dia 20 de julho de 1999, para o segundo encontro da turma 6. Nenhum aluno compareceu. Encontrei-me, então com os alunos de um outro grupo e perguntei pelos colegas da turma 6. Um deles respondeu-me: *hoje eles não tem aula...* Ao que eu retruquei: *têm sim...comigo!* O aluno olhou-me e disse: *Ah! Sim! Com a senhora... mas eles não tem aula de Semiologia mesmo, só a sua...* Enquanto expunha sua opinião fazia um gesto com as mãos como se abrisse e fechasse aspas no ar. Assim, não houve um segundo encontro para a turma 6.

ANÁLISE DE DADOS DA TURMA 6

A turma 6 foi a que menos aderiu ao projeto, não havendo nenhum aluno que participasse das duas reuniões de grupo. Alguns fatores poderiam ser indicados como coadjuvantes nesse processo, como o fato da professora de Fundamentos de Enfermagem ter agendado uma aula especial com palestrante convidado para o mesmo horário e a necessidade de remarcação de outro encontro em momento diferente do habitual. Contudo, o fato de todos ausentarem-se no segundo encontro, demonstrou uma unanimidade que mereceu uma análise fenomenológica em busca da intencionalidade dos alunos. Por outro

lado, a turma 6, por ter tido esse comportamento, colocou-se como contraponto aos alunos aderentes ao projeto, o que de certa forma veio a se posicionar como um grupo “controle” ou grupo “testemunha” ao grupo estudado. Embora na análise fenomenológica não exista grupo controle, o estudo da intencionalidade e do devenir de alunos que não participaram dos Grupos Balint forneceram elementos de análise.

É interessante perceber que, no estudo inicial feito por Balint na Clínica Tavistock, os médicos que desistiram precocemente do projeto foram os diagnosticados por ele como “quase neuróticos” ou mais experientes, considerados como os melhores :

(...) havia uns poucos médicos quase neuróticos que na realidade desejavam tratamento mascarado como ensino. Felizmente em sua maioria esses profissionais se “auto-excluíram” logo que compreenderam que nosso plano não lhes oferecia o que necessitavam.(...) Outro grupo de desertores precoces estava integrado por médicos, de hierarquia “superior”. Tratava-se de clínicos gerais de experiência, solidamente estabelecidos, de boa reputação entre seus pacientes como entre os colegas, e de muito intenso “zelo apostólico” (1975:262-263)

Pensando em termos de alunos, percebi que em algumas turmas aqui não descritas, os que necessitavam de tratamento psicoterápico, após descobrirem que essa não era a proposta das aulas de relação médico-paciente, procuraram-me no sentido de solicitarem orientação a respeito. Todos foram encaminhados a psicoterapeutas e, realmente, alguns furtaram-se de participar novamente do grupo. Esse porém não foi o caso da turma 6. Contudo, um dado chamou a atenção: a quantidade de filhos de médicos que se encontrava nessa turma, diferenciando-a das outras. A intencionalidade dos filhos de médicos pode ter sido a mesma dos “médicos de boa reputação” citados por Balint. A certeza de ter conhecimento específico e de ser mais capacitado para o ato médico, simulacro decorrente da descendência de pais médicos, pode ter impedido a participação desses alunos nos grupos.

A falsa percepção do conhecimento já adquirido através de uma relação íntima e familiar com profissionais médicos poderia ter levado esses alunos a perderem a motivação para integrar-se ao projeto de ensino/aprendizagem da relação médico-paciente. Alunos desmotivados não são infreqüentes e podem provocar problemas em relação à dinâmica dos Grupos Balint. Dokter é explícito ao relatar sua experiência com alunos de medicina:

Em Amsterdã, onde a participação nesses grupos é agora compulsória, tem sido provado a dificuldade de conseguir-se que os alunos sem motivação participem nas atividades dos grupos. (...) O trabalho desenvolvido com as pessoas desmotivadas em um grupo pode levar a um desencadeamento de qualquer tipo de processo grupal, o que é interessante ser observado. Absentismo e formação de "panelinhas" nos grupos são também experienciados como problemas. (1972:254) (25)

Também Luban-Plozza citou o desinteresse de alguns alunos, explicando o porquê de seus grupos serem formados apenas por voluntários: *nossos grupos são sempre voluntários. Nós podemos usualmente contar com aproximadamente 10% de alunos que se tornam desinteressados. (1979:261) (26)*

Embora, alguns autores que têm experiência com estudantes relatem algum grau de absentismo, não encontrei nenhum relato na literatura de uma turma ausentar-se por inteira, sendo pois essa minha experiência um fato inédito. Por esse motivo, resolvi buscar uma análise fenomenológica da referida turma.

A aluna 1, jovem de 21 anos, filha de médico, respondeu ao primeiro questionário dizendo: *o primeiro encontro com um paciente é uma questão que me deixa confusa(...) talvez da primeira vez, eu não saiba abordá-lo.* Em seu texto, a aluna deixou claro sua percepção do Outro. Sua intencionalidade era vencer a dificuldade de abordagem e promover o encontro, mesmo que esse pudesse lhe parecer confuso. Seu relato no primeiro grupo ratificou sua intenção. Apesar da dificuldade em entrar nas enfermarias e iniciar suas entrevistas, pôde, de certa forma, perceber o Outro como Ser-aí, inclusive tendo pensado em como agiria se estivesse no lugar do paciente. Contudo, não conseguiu promover a relação noético-noemática entre o doente e si mesma, pois, ainda, não fora capaz de perceber-se em-si e ser para o Outro. Sentiu-se, como tantos outros alunos do terceiro ano, "sugando os paciente sem dar nada em troca". Ao responder a questão da prova manteve-se com dificuldades para entrar nas enfermarias: *passei na porta de cada enfermaria, mas foi na última que encontrei o paciente.* Embora tenha relatado

(25) In Amsterdam, where participation in these study groups is now compulsory, it has proved difficult to get the unmotivated students to participate in the group activities.(...) It should also be pointed out that working with unmotivated persons in the group can give rise to all kinds of group processes which it is useful for the students to observe. Absenteeism and formation of cliques within the group are also experienced as problems.

(26) Our groups are always voluntary. We can usually rely on approximately 10% of students being interested.

a naturalidade com que o paciente falou sobre seus problemas e como sentiu-se gratificada, permaneceu confusa em relação aos encontros com os demais pacientes. Já no ano seguinte em resposta ao último questionário, disse que a aula de relação médico-paciente ajudou-a a ter *uma visão mais crítica* sobre o assunto. Ainda assim, manteve a dificuldade do encontro com o Outro e não conseguiu perceber a intencionalidade do paciente: *ele não me deixava falar (...) simplesmente falava o tempo todo, tomando a direção. Foi um pouco difícil.* Praticamente a aluna não apresentou nenhum desenvolvimento no sentido de perceber o Outro e sua intencionalidade e efetivar a relação noético-noemática. Não conseguiu efetivar o encontro com o outro e nem perceber a necessidade do paciente ofertar-lhe sua doença. Não houve mudança do relato inicial para a resposta ao questionário final.

A aluna 2, adolescente de 19 anos, filha de médico, descreveu, assim, sua expectativa em resposta ao primeiro questionário: *o encontro com o paciente gera em mim uma ansiedade muito grande(...) eu sinto uma espécie de medo(...) estou ainda muito insegura(...).* Medo, insegurança e ansiedade foram claramente evidenciados em seu relato no grupo. Contou de seu medo ao entrar nas enfermarias; de sua insegurança ao querer ajudar a jovem senhora, mas não saber exatamente como; de sua ansiedade que lhe levou às lágrimas. Embora, sua intencionalidade fosse cuidar de seus pacientes, permitindo-se, inclusive, emocionar-se com suas histórias de vida, dizia ao grupo que o médico deveria manter-se frio sem demonstrar suas emoções. Enraiveceu-se com os colegas que mostravam-se capazes de conviver pacificamente com suas emoções. Enraiveceu-se também comigo e preferiu calar-se. O texto do professor Luban-Plozza facilitou o entendimento da intencionalidade dessa aluna:

Em alguns casos a agressividade dos estudantes e outros sentimentos fortes tem sido descritos, em relação ao líder é frequentemente observado no início como conteúdo de toda sorte de fantasias; como a figura paterna,(...) talvez ele seja visto também como um pai que guarda seu próprio conhecimento e atitudes e expõe os participantes a toda sorte de coisas.(1979:264) (27)

Assim, tornou-se bastante perceptível que seu encontro comigo enquanto líder do Grupo Balint, remontou-lhe a uma relação inconsciente pai/filho, causando-lhe maior insegurança e ódio. Considerando que seu pai era médico, a relação noético-noemática em

(27)- In any case the students' aggressivity and other strong feelings have to be taken into account, for the leader is very often seen at the beginning as the subject of all sorts of fantasies, as father figure (...) perhaps he is also seen as a father who holds back his own knowledge and skills and exposes the participants to all sorts of things

que eu era noesis, (sujeito da relação, pai médico que sabe, detém o conhecimento e o esconde, expondo a insegurança da aluna/filha) e ela, noema (objeto na relação, filha, a que não detém o conhecimento e é exposta ao grupo) passou a ser uma relação de sofrimento e dor. Portanto calou-se, recolheu-se em-si. O silêncio durante a dinâmica do Grupo Balint, mais freqüente quando os participantes são médicos, é sempre importante, pois promove a descoberta de si mesmos. (Luban-Plozza, 1979).

A aluna 2 respondeu a questão da prova relatando um encontro com uma paciente jovem que tivera sua perna amputada. Ao perceber a falta do membro inferior, sentiu-se impactada. *Perdi toda a noção do que estava fazendo, fiquei muito envergonhada, mas tentei não demonstrar (...) se tivesse percebido seu problema, confesso que não teria feito minha história com ela (...) Fiquei muito abalada, temos a mesma idade e ela me parecia bem, contente, sem grandes amarguras e ressentimentos.* A aluna continuou demonstrando medo (de incomodar a paciente, expô-la), ansiedade (ficou abalada, perdeu a noção do que estava fazendo) e insegurança (não faria a entrevista se soubesse do fato; mas, não deveria atender a paciente exatamente pelo ocorrido?). Não conseguiu perceber a pessoa da paciente, mas sim, identificou-se plenamente com ela (tinha a mesma idade). Quando ela admirou-se da paciente não ter ressentimentos e amargura, demonstrou não conseguir perceber a intencionalidade da paciente, mas sim a sua própria enquanto ser identificado com o Outro. Assim foi impossível o encontro, pois ambas tornaram-se uma só na consciência da aluna. E na medida em que não havia o Tu (paciente), o Eu (aluna) tornava-se o não-Eu, o que acabou levando a um encontro inexistente (Buber, 1979). Esta intencionalidade é clara quando relatou: *não teria feito **minha** história com ela...* A história não é *minha* (da aluna), mas *dela* (da paciente)!

Ao responder o último questionário, já no 4º ano, disse que a aula de relação médico-paciente permitiu-lhe dividir com os colegas suas angústias e perceber que todos estavam confusos. Não referiu-se ao conhecimento do Outro ou da própria relação médico-paciente. Não relatou suas experiências, furtando-se de comentários mais detalhados. Apenas disse ter tido muito respeito pelos pacientes. Ficou evidente o não desenvolvimento da aluna e sua incapacidade de promover a relação noético-noemática.

A aluna 3, 21 anos, não é filha de médico. Respondeu ao primeiro questionário dizendo: *espero que haja cumplicidade na conversa, que o paciente possa se expressar tranquilamente, falando um pouquinho de seus sonhos, suas dores, paixões de vida...*

Demonstrou, assim, já ter consciência do Outro como Ser-aí e perceber a sua intencionalidade. Seu relato no grupo corroborou sua primeira colocação. Foi continente com a senhora examinada pelo médico, fechando a porta para dar-lhe mais privacidade. Foi acolhedora e ética, porém não conseguiu perceber sozinha a sua própria intencionalidade. A sua resposta à questão da prova demonstrou um grande desenvolvimento. Entrevistou uma criança de 5 anos e sua mãe. Referiu-se ao encontro como um *momento mágico em que consegui entrar no mundo encantado de uma criança(...) me fez lembrar a minha infância, o contentamento com o "simples da vida"(...)*.

Seu relato mostrou sua capacidade de perceber-se em si e para o Outro, retomando a consciência do "retorno às coisas mesmas". Terminou dizendo: *numa posterior consulta trouxe uma foto sua, com dedicatória, para mim. Realmente foi uma experiência sublime*. Finalizou demonstrando que efetivou o encontro noético-noemático, quando seu Eu encontrou o Tu, a criança (Buber,1979). Em resposta ao último questionário disse que a aula de relação médico-paciente não interferiu em seu aprendizado pois sua relação com os pacientes não dependeu *da discussão e compartilhamento* das experiências no grupo. Realmente a aluna já apresentava-se desde o início com bom desenvolvimento pessoal, e certamente um encontro apenas não deve ter influenciado seu devenir; embora a oportunidade perdida poderia permitir-lhe uma ampliação do seu desenvolvimento.

A aluna 4, 19 anos, também era filha de médico. Dizia, em resposta ao primeiro questionário, que sua expectativa do encontro com seu primeiro paciente era: *uma mistura de medo, ansiedade e vontade de que nesse encontro tudo venha a dar certo*. E, a ratificar sua colocação, "tudo deu certo". Pôde perceber suas pacientes com suas intencionalidades. Promoveu o encontro entre si mesma e as pacientes. Esteve em contato com a morte, o que causou-lhe tristeza, mas conseguiu perceber a finitude da pessoa. Em sua resposta à questão da prova, mostrou novamente a capacidade de perceber o Outro e sua intencionalidade. Percebeu-se também e procurou refletir sobre sua própria intencionalidade: *acho que estou abordando os pacientes com mais restrições de minha parte e por isso estou contendo minhas emoções (...) espero que isso não signifique que estou me tornando fria. Só quero estar bem comigo mesma para oferecer o melhor para o paciente*. Em resposta ao último questionário disse que a aula de relação médico-paciente

não contribuiu para seu aprendizado porque *pensava que podia ter uma boa relação com a grande maioria dos pacientes até me deparar com o último (...)* O paciente não quis conversar, sempre se esquivando de qualquer conversa, irritadiço, agressivo (...) Foi horrível! Demonstrou em sua resposta que teve um encontro impossibilitado devido a intencionalidade do paciente (resistência). O Tu negou-se ao encontro com o Eu, e com isso o Eu tornou-se não-Eu, o que deixou a aluna absolutamente triste: a médica subsumiu! Diante dessa grande dificuldade pôde perceber que o fato de ter participado de apenas um grupo Balint não a ajudou a refletir sobre a relação médico-paciente. Ficou evidente, e parece que essa foi a intenção da resposta da aluna, que ela precisaria de mais encontros para desenvolver melhor a capacidade de entendimento dessa relação.

A aluna 5, 20 anos, também era filha de médico. Dizia, em sua expectativa, que esperava ter, para com o paciente, *sensibilidade para perceber, além de suas dores físicas, suas inseguranças e carências (...) amparar e dar conforto a sua alma (...) paciência e calma para ouvi-lo.* No grupo falou muito pouco, apenas, como seus colegas, referiu sentir-se importunando o paciente. Não fora capaz de perceber-se ser para o Outro. Em resposta à questão da prova, referiu sentir-se *mais à vontade e menos insegura.* O encontro desenvolveu-se tranquilamente. Sua fala demonstrou um desenvolvimento adequado. Foi capaz de perceber o Outro e a si mesma e promover o encontro noético-noemático. Em resposta ao questionário final disse que a aula em grupo ajudou-a a ser mais humana. Ainda descreveu pouco sua relação médico-paciente dificultando a análise.

Finalizando, a análise da turma 6 mostrou que o absentismo desses alunos perturbou o devenir médico, não permitindo um processo ensino/aprendizagem adequado. As alunas que já traziam em si um desenvolvimento mental e emocional maior, tiveram mais capacidade de promover seu próprio devir, porém, não na mesma dimensão que os alunos de outras turmas aderentes ao projeto. Em conformidade com as palavras de Luban-Plozza:

Estes seminários dão uma maior sensibilidade a nossos estudantes em relação aos sentimentos do paciente, e um manuseio clínico mais aberto. O significado do sintoma e sua influência na relação talvez corresponda a uma moderna antropologia e uma simbiose que poderá ser chamada de novidade. (1979:264)

Os resultados da análise de todos os dados, demonstraram que os alunos da turma 5, com melhor índice de adesão à proposta pedagógica, foram os que melhor

desenvolveram-se apresentando um devir médico mais adequado. Foram eles, também, os que, já no quarto ano, apresentaram melhor encarnação do papel social do médico. O resultado obtido da análise sobre a atuação do aluno 9, enquanto quartanista, mostrou que lhe foi possível encarnar o médico de forma adequada, inclusive ampliando, por si só, a consulta de ambulatório em que deu ouvidos às queixas da paciente e usou-se a si mesmo como droga eficaz, transcendendo ao simples tratamento medicamentoso.

Em contrapartida, a análise da turma 6, que não aderiu ao projeto pedagógico estudado, mostrou, claramente, que, embora filhos de médicos, os alunos não conseguiram grande desenvolvimento, retardando seu devir médico e, quando quartanistas, mantiveram as mesmas dificuldades anteriores.

Algumas questões que surgiram em decorrência da interpretação desses dados, merecem uma cuidadosa avaliação:

1. Nessa pesquisa ficou demonstrada a necessidade de envolvimento de todos os docentes da disciplina, pois a não aderência dos professores ao projeto, conforme verificou-se na turma 6, pode comprometer a adesão da própria turma.
2. Essa adesão faz-se necessária, ainda, para que os alunos possam presenciar seus professores relacionando-se adequadamente com os pacientes no ambiente hospitalar. O relato contundente dos alunos da turma 5, a respeito dos profissionais do Pronto Socorro da rede pública, no qual estagiaram, evidencia a dificuldade de diálogo entre os alunos aderentes ao projeto de ensino/aprendizagem de relação médico-paciente e os médicos e enfermeiros que desconhecem a teoria balintiana e que não cultivam uma postura humanista.
3. Alunos cada vez mais jovens adentram à faculdade, o que leva a um prejuízo nos grupos Balint. Vários autores, inclusive o próprio Balint (1975), são unânimes em dizer da impossibilidade dos estudantes ainda adolescentes em participar ativamente da referida dinâmica. A turma 5 que apresentou melhor aproveitamento, não por acaso, era composta de adultos jovens e pessoas na terceira década de vida.
4. Embora tenha sido demonstrado que os grupos Balint permitem um espaço de reflexão e ensino da relação médico-paciente, ficou claro, inclusive na fala dos alunos, que há necessidade de um número maior de encontros para um melhor aprendizado. A própria experiência dos autores que trabalham com estudantes de medicina mostra a necessidade de uma continuação deste projeto nos anos subseqüentes.

5. Para que o projeto de ensino/aprendizagem da relação médico-paciente na perspectiva balintiana possa abranger os outros anos do curso médico, permitindo a permanência dos grupos Balint por dois a três anos, torna-se necessário a programação de um projeto de capacitação dos docentes para atuarem como líder dos respectivos grupos.

6. Conforme demonstrado, através da análise de cada turma, os alunos têm uma tendência a falar mais sobre suas dificuldades em relação ao encontro com os pacientes, do que, propriamente, discutir um caso, relacionando a doença com a vida emocional do paciente e sua inter-relação com o encontro médico-paciente, como é o proposto nos grupos Balint. Este fato foi descrito por outros autores e segundo Bogues, tais grupos seriam mais apropriadamente denominados de grupos Balintóides (1996). Contudo, autores com experiência no ensino médico, como Luban-Plozza, admitem tal comportamento e permitem ao líder o ensinamento da base teórica proposta. (Mello F°, 1976; Luban-Plozza, s/d; Missenrd,1994; Gosling e Turquet, 1994)

Partindo, pois, de tais conclusões, caminho para a finalização desta pesquisa, ousando, ressignificar a relação médico-paciente como proposta para uma abordagem mais humanizada e humanizadora do ensino médico.

A RESSIGNIFICAÇÃO DA RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE

Ser médico é a soma de duas partes: uma *objetiva*, representada pelos conhecimentos adquiridos durante a formação acadêmica; a outra *subjetiva*, representada pela capacidade de percepção – que o médico deve ter – do ser humano.

Raimundo Pinheiro

A busca desenfreada das competências técnicas, essenciais ao desempenho do ato médico, transformou sobremaneira o ensino médico. O tecnicismo, bem como o ensino que visa instrumentalizar o aluno para competências cognitivas, tornaram-se o “centro da cena”. O ensino médico parece não querer comportar em seu currículo saberes diferenciados, porém não excludentes: a ciência médica, com sua tecnologia e os conteúdos das humanidades. É certo que o médico atual precisa ter destreza no uso da tecnologia, essencial e benéfica ao ato médico, porém, o paciente continua sendo a pessoa com seu complexo processo de adoecimento.

O ensino que descarta o humanismo acaba por penalizar a sociedade, pois desconhece os indivíduos que a determinam. A professora Dra. Kübler-Ross levantou um questionamento ético preocupante:

O que acontece numa sociedade profissionalizante onde o jovem estudante de medicina é admirado pelas pesquisas que faz e pelo desempenho no laboratório nos primeiros anos de faculdade, mas não sabe responder uma simples pergunta que lhe faz o paciente? Se déssemos ao relacionamento humano e interpessoal a ênfase que dispensamos ao ensino dos novos avanços técnicos e científicos, não há dúvida de que faríamos progresso(...) O que será de uma sociedade que concentra mais seu valor nos números e nas massas do que no indivíduo? (1987:23-24)

Visto que o objetivo maior dos docentes médicos deve ser a formação de profissionais capazes de atuar em uma sociedade, transformando-a, melhorando-a e, em última análise, cuidando das pessoas que determinam essa mesma sociedade, como poder-se-á alcançar tal objetivo sem introduzir, no ensino médico, os conteúdos e as técnicas que possam permitir aos estudantes a aquisição dos conhecimentos das humanidades? *O ser humano é ao mesmo tempo singular e múltiplo*, diz Morin (2000:57), e é necessário que se aprenda a conhecer essas características do Ser.

A falta de um preparo anterior, de uma visão de uma medicina antropológica, é um grande óbice a um encontro verdadeiramente harmônico de compreensão e respeito ao doente (Mello F°, 1976:111). A lacuna crescente de uma formação humanista tem levado os estudiosos do assunto a discutir a necessidade do retorno desses conhecimentos, de forma a ampliar a grade curricular. Morin coloca a necessidade do ensino da condição humana como um dos sete saberes necessários à educação do novo milênio, pois:

O ser humano é a um só tempo físico, biológico, psíquico, cultural, social, histórico. Esta unidade complexa da natureza humana é totalmente desintegrada na educação por meio das disciplinas, tornando-se impossível aprender o que significa ser humano. É preciso restaurá-la(...). (Morin,2000:15)

Ao discutir as novas perspectivas da graduação em Medicina, Venturelli (1997:34) diz que *o médico que queremos produzir é um médico com um profundo sentido ético, uma grande capacidade autocrítica e com o mais amplo sentido humanista* (28).

As características especiais da formação de um médico são complexas e exigem espaço de ensino/aprendizagem cognitiva e humanística, pois forma-se um profissional que irá lidar com pessoas. Assim é que:

(...) há necessidade de se realizar um trabalho de humanização, porque essa mudança não ocorre de forma espontânea nem de forma mecânica. É necessário que haja um processo educativo contínuo que possibilite o despertar dos homens para a vida pessoal e comunitária. Esse processo educativo é tarefa de todas as pessoas e instituições, principalmente dos educadores e das instituições escolares. (Peixoto,1998:97)

A possibilidade de mudar o centro da cena desse ensino, privilegiando o conhecimento do doente como pessoa, ao invés da ênfase dada ao aprendizado da doença, distanciada do Ser-no-mundo, é, em última análise, uma prática social em busca da formação de médicos comprometidos com os problemas de seus pacientes enquanto cidadãos. Assim é que Kübler-Ross foi enfática em dizer:

Se pudessemos ensinar aos nossos estudantes o valor da ciência e da tecnologia, ensinando a um tempo a arte e a ciência do inter-relacionamento humano, do cuidado humano e total ao paciente, sentiríamos um progresso real. (...) se ciência e tecnologia pudessem caminhar paralelamente com maior liberdade para contatos de pessoa a pessoa, então poderíamos falar realmente de uma grande sociedade. (1987:29-30)

(28) El médico que queremos producir es un médico con un alto sentido ético, de gran capacidad autocrítica y com el más amplio sentido humanista.

A tarefa é por demais difícil. O positivismo ratificado pelo modelo flexneriano ainda vigente em nossas escolas, ou mesmo a tentativa de mudança educacional, levando a paradigmas outros que distanciam os alunos dos pacientes verdadeiros, humanos, inseridos em seu campo social, através de práticas didáticas que utilizam, em demasia, atores e bonecos, simulacros de pacientes, acabam indo na contramão do que se pretende: formar médicos de pessoas. Afinal: *o homem não é radicalmente um estranho para o homem, porque fornece sinais de sua própria existência. Compreender esses sinais é compreender o homem. Eis o que a escola positivista ignora por completo: a diferença de princípio entre o mundo psíquico e o mundo físico.* (Ricoeur,1990:25)

Poder-se-ia dizer que, no currículo médico, à disciplina de Psicologia Médica cabe o processo de ensino/aprendizagem da relação médico-paciente, e não pretendo retirar-lhe o mérito. Contudo, frente ao modelo flexneriano ainda posto em nossas escolas, este conteúdo, compartimentalizado unicamente dentro dos conhecimentos de psicologia médica, acaba por ficar em algum canto da mente dos alunos, não como um conhecimento eclético, necessário a qualquer médico, mas como um conhecimento específico, aprisionado às práticas médicas que abordam as doenças psíquicas. Souza exemplifica bem esta realidade, quando refere-se às solicitações de pareceres aos professores de Psicologia Médica, a fim de perceberem as nuances psicológicas dos pacientes dos clínicos:

A impressão que tínhamos é de que estávamos apresentando a pessoa do paciente a seus médicos, não no sentido de apresentar uma história da pessoa do paciente mas, sobretudo, no sentido de poder mostrar que o paciente, ao falar, não transmitia um estado de desespero inominável(...) Qual é a função de um médico junto a um paciente? (1998:5) (grifo da autora)

A busca de um processo de ensino/aprendizagem que venha somar (nunca substituir!) ao ensino específico da disciplina de Psicologia Médica, ampliando a aquisição de atitudes e valores humanísticos e éticos, possibilita a inserção, em outras disciplinas, de técnicas didáticas que possam ser eficazes para esse fim. O aluno precisa compreender que o desenvolvimento de uma boa relação médico-paciente independe da especialidade que ele venha, no futuro, a adquirir. A relação médico-paciente é intrínseca ao ato médico. *A prática médica é uma prática social, onde médicos e pacientes se relacionam em um campo de significações e valores.* (Souza,1998:7)

O momento atual é pleno de discussões sobre novas possibilidades de mudança de currículo nas escolas médicas brasileiras. As novas Diretrizes Curriculares

(2000) apontam para uma ressignificação do perfil do médico a ser formado, pois são considerados objetivos do ensino de graduação em Medicina, a postura ética, a visão humanística, o compromisso com a cidadania, bem como os conhecimentos básicos para a formação geral de um médico. Procura-se, hoje, instrumentalizar os estudantes para uma prática mais abrangente e social, até porque o estabelecimento e efetivação do Programa de Saúde da Família (PSF), dentro do Sistema Único de Saúde (SUS), tem sido, nos dias atuais, um novo horizonte de atuação médica e uma nova possibilidade de inserção do médico recém-formado no mercado de trabalho. Assim é que:

Pode-se perceber claramente o impacto da abertura deste novo mercado sobre a formação profissional. Os estudantes estão conscientes de que este é um mercado real que poderá absorvê-los no futuro.(...). É tempo para as escolas médicas se repensem.(...) A mudança do paradigma de formação profissional, em direção a um modelo holístico e humanizado, poderá resultar em profissionais que impactem mais positivamente sobre os indicadores sanitários e que, ao mesmo tempo, trabalhem mais contentes(....)(Souza,1999:3)

Conclui-se pois, que há necessidade de mudança do enfoque do próprio ato médico em-si. O ato médico é visto, hoje, como um ato socializado, e, por isso também, um ato de cidadania, o que redundará na necessidade de um processo de ensino/aprendizagem que privilegie a aquisição de tal conhecimento. Tomar consciência das questões socio-históricas, culturais e emocionais que perpassam a gênese das doenças, muda radicalmente o enfoque do ensino médico. É necessário lembrar que a prática médica é fortemente vinculada às questões sociais e que seu ensino deve conter tal intenção, visto que:

As representações dominantes em toda a sociedade são mediadas de forma muito peculiar pela corporação médica. Intelectual orgânico da classe dominante na construção da hegemonia que se expressa em torno do setor saúde, o médico é ao mesmo tempo o principal agente da prática e agente do conhecimento.(Minayo,1998:180)

Urge pesquisar-se novas possibilidades didáticas que permitam a aquisição de valores éticos e humanísticos, principalmente o conhecimento da pessoa inserida em sua história de vida e de adoecer. Urge, ainda, ao iniciar-se o ensino da Semiologia Clínica, aprendizado que é do ato médico, mudar o paradigma vigente, ou seja, possibilitar ao aluno o encontro com a pessoa do paciente, para poder entender seu processo de adoecimento e, por conseguinte, aprender sobre sua doença e sobre o tratamento que se faz necessário, ao invés de ensinar-lhe apenas a argüir seus pacientes sobre seus sintomas, desconhecendo-lhes como pessoas. E, exatamente, por ser a Semiologia o ensino do ato médico em-si, e

porque a relação médico-paciente é um conhecimento intrínseco deste ato, que concluo ser esse o momento ideal de estar articulando com os alunos tais conhecimentos.

Frente às questões amplamente debatidas nos capítulos anteriores, é certo que o médico atual não tem conseguido satisfazer à sua clientela e nem mesmo tem cumprido com seu papel social. A situação da saúde no Brasil é bastante comprometedor, e o ensino médico é responsável por considerável parcela da desumanização do ato médico. Formar médicos reflexivos, comprometidos com seus pacientes enquanto cidadãos inseridos no mundo, além de conhecedores das mais novas técnicas inerentes à profissão, este é o desafio que se faz à formação médica.

A CINAEM vem refletindo sobre essas questões já há algum tempo e neste novo milênio, muitas mudanças estão por vir. Novas propostas pedagógicas, novas técnicas didáticas e uma postura diferenciada do corpo docente, que tem procurado ampliar seus conhecimentos na área educacional, certamente contribuirão para uma melhoria desse ensino. O grande desafio continua sendo a necessidade de não se perder de vista a humanização tão necessária ao ato médico. Garcia coloca muito bem essa situação: *por pretender a construção do homem, não de qualquer homem, mas de um homem fraterno, solidário, tolerante e aberto à alegria de novas experiências, a Educação não pode ser pensada senão interagindo com o universo de conhecimento que a cerca e do qual ela faz parte.* (1999:64)

Assim, é que há necessidade da educação médica promover a interação entre a ciência médica e os conhecimentos das humanidades. Conforme Cruz, *o médico deve ver além e através dos sintomas, e enxergar e conhecer o homem para a efetiva compreensão do seu problema* (1997:23). Esta capacidade de “ver além” requer conhecimentos outros que extrapolam a ciência médica. A aquisição de competências, atitudes e valores que são da ordem do emocional e do psíquico, sem contudo aprisioná-los ao atendimento exclusivo dos doentes mentais, é a proposta balintiana ao ensino médico. Permitir ao aluno uma abordagem holística do paciente, podendo “ver além” da doença, compreendendo seu paciente como Ser-aí, e ter consciência de si mesmo como possibilidade terapêutica (o médico como droga), são as contribuições possíveis de Balint ao ensino médico. Tais contribuições são por demais importantes, pois, *a existência pessoal é uma existência dialética; não se reduz a um esquema rígido e fixo de ser, não é*

um desenvolvimento mecânico de potencialidades predeterminadas, mas uma relação contínua de conflitos entre a exteriorização e a interiorização. (Peixoto, 2001:106)

Cabe pois aos educadores a escolha: manter a ordem estabelecida e perpetuar a formação médica nos moldes que aí estão, ou modificar o paradigma vigente, construindo uma medicina da pessoa, ressignificando o ato médico. Ao abordar esse tema, Garcia é claro:

Este, me parece, é o esforço a ser feito. E a Educação tem um papel a desempenhar. Ela tanto pode ser serva do modelo que aí está, realimentando-o acriticamente, como pode ser uma reflexão crítica a este modelo, buscando alternativas em cima de uma prática social concreta.(1999,63)

Esta pesquisa pretende contribuir com essa mudança de paradigma, que acredito ser necessária para formação de médicos de pessoas e não de doenças. Estou certa de que o uso do grupo Balint na formação médica não é o único caminho, e nem pretendo o consenso, pois conforme Garcia, *não existe o caminho, mas caminhos, uma pluralidade deles e... desconhecidos. Contudo, é necessário escolher algum* (1999,62). E eu, enquanto educadora, escolhi o grupo Balint como caminho a ser perseguido. Acredito que a teoria balintiana, ancorada em bases psicanalíticas, pode instrumentalizar os alunos para uma abordagem holística do paciente.

A par de uma mudança na relação médico-paciente, os grupos Balint são espaços adequados para o devir médico. Os alunos têm, durante os encontros, a possibilidade de entender sua intencionalidade e suas emoções. Em contraponto, esse tipo de abordagem pedagógica retira do professor o poder e o mito da onisciência, pois *o educador inspirado por idéias psicanalíticas renuncia a uma atividade excessivamente programada, instituída, controlada com rigor obsessivo* (Kupfer,1997:97). Assim, professor e alunos podem, juntos, aprender cada vez mais a lidar com seus pacientes.

Tenho que reconhecer, assim como o próprio Balint e seus seguidores já o fizeram, que esta técnica propicia um trabalho profundamente emocional com cada aluno, trabalho este, nem sempre indolor, muitas vezes expondo-os diante do grupo e propiciando, freqüentemente, atitudes regressivas e identificações com o professor (líder) da ordem da relação pai/filho. Esta mobilização de emoções e de sentimentos que ocorre nos alunos, muitas vezes torna-se a principal causa do absentismo. Segundo Gosling e Turquet, este fato ocorre, também, entre os médicos que participam de grupos Balint:

*alguns médicos deixaram o seminário logo depois das primeiras sessões, porque temiam ser apanhados nestes movimentos regressivos (...) (1994:56). Os mesmos autores enfatizam ainda a frustração como um aspecto essencial da técnica Balint: *nosso trabalho não visa satisfazer diretamente as necessidades pessoais do médico.* (Gosling e Turquet, 1994:67)*

Conforme já discutido anteriormente, os jovens estudantes, pouco mais que adolescentes, sujeitos inseridos em um momento histórico, nem sempre estão em condições emocionais adequadas para viverem momentos de frustrações. Assim, o hedonismo a que estão sujeitos, pode impossibilitá-los ao comparecimento ou à integração nos grupos Balint.

Como inserir esta técnica, de forma a torná-la possível dentro das disciplinas do curso de Medicina, ainda é um espaço aberto a novas pesquisas. Nas escolas médicas européias, embora seja freqüente a adesão de inúmeros alunos, os grupos Balint não têm sido obrigatórios, pois as dificuldades por mim apontadas, também foram evidenciadas por lá. Em contraponto, o resultado obtido por esta pesquisa leva-me a lutar pela inserção da técnica Balint nas disciplinas médicas, principalmente mantendo-a com maior carga horária, na disciplina de Semiologia Clínica. Ora, se apenas 4 h inseridas no meio de 340 horas/aula da referida disciplina, pôde promover um adequado devir médico dos alunos aderentes ao projeto, pergunto: como seria o desenvolvimento dos estudantes se as horas dedicadas aos grupos Balint fossem ampliadas? Tal questão só poderá ser respondida através de novos estudos.

Na realidade, a partir de 2000, houve um aumento de 2 para 4 encontros anuais e, para 2001, estão programados 8 encontros anuais, sendo 4 grupos Balint por semestre. A compreensão da adequação ou não deste quantitativo só poderá ser aquilatado através de novos estudos.

Por outro lado, o envolvimento dos docentes com a teoria Balint poderá possibilitar a ampliação deste trabalho, pois supõe a adesão a um novo olhar sobre a relação médico-paciente. E, quiçá, a partir deste novo olhar, surjam mais líderes de grupos Balint permitindo a efetivação desta teoria dentro do ensino médico. Este foi, certamente, o desafio que norteou o presente estudo.

Concluo com a esperança de ver novos médicos cuidadores de pessoas e não somente curadores de doenças. Que o conhecimento médico *não seja apenas resultado de uma racionalidade objetivamente, mas que seja fundamentalmente uma expressão do humano, do vivido, das emoções; enfim, da vida.*(Peixoto,2001:109)

A caminhada não se encerra nesta pesquisa, mas, aqui inicia-se, pois longa é a jornada a ser percorrida no sentido de formar médicos de pessoas, sendo também eles pessoas em-si.

Assim, toda a discussão feita neste estudo demonstra que a seara adequada para articulação destes conceitos não é outra, senão, a Educação!

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABDO, Carmita Helena Najjar. *Armadilhas da Comunicação: O Médico, o Paciente e o Diálogo*. São Paulo: Lemos Editorial, 1996. 181 p.

ARANHA, Maria Lúcia de Arruda; MARTINS, Maria Helena Pires. *Filosofando: introdução à filosofia*. 2ª ed. São Paulo: Moderna, 1993. 395 p.

ARRUDA, Paulo Corrêa Vaz de; MILLAN, Luiz Roberto. As Relações entre Alunos, Professores e Pacientes. In MILLAN, Luiz Roberto et al. *O Universo Psicológico do Futuro Médico: Vocação, Vicissitudes e Perspectivas*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1999. 282 p. p. 43-73

ARRUDA, Paulo Corrêa Vaz de. Prefácio. In REIMÃO, R. *Medicina do Sono*. São Paulo: Lemos Editorial & Gráficos Ltda, 1999. 112 p. p.7-8

BALINT, Enid; NORELL, Jack S. *Seis Minutos para o Paciente*. São Paulo: Editora Manole, 1976. 167 p.

BALINT, John A. The Doctor, His Patient and The Illness: Re-visited. *Journal of Balint Society*, London, 1996, vol. 24: 8-11

_____. Brief Encounters: Speaking with Patients. (Medical Writings). *Annals of Internal Medicine* vol.131 (3):231-234, August, 1999

BALINT, Michael. *O Médico, Seu paciente e a Doença*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Atheneu, 1975. 331 p.

_____. Psicanálise e Prática Médica. In MISSENARD, A. et al. *A Experiência Balint: História e Atualidade*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1994. 194 p. p.9-22

BATISTA, Nildo Alves; SILVA, Sylvia Helena Souza da. *O Professor de Medicina*. São Paulo: Ed. Loyola, 1998. 181p.

BEHRENS, Marilda Aparecida. Projetos de Aprendizagem Colaborativa Num Paradigma Emergente. In MORAN, J.M. et al. *Novas tecnologias e Mediação Pedagógica*. Campinas: Papyrus, 2000. 173 p. p.67-132

BIANCHETTI, Roberto G. *Modelo Neoliberal e Políticas Educacionais*. Campinas: Autores Associados, 1997. 120 p.

BICUDO, Maria Aparecida Viggiani (org.). *Fenomenologia: Confrontos e Avanços*. São Paulo: Cortez, 2000. 167 p.

BOGUES, B. Ephrem. *Balint Group Training For Family Doctors*. 1996. 62p. (Dissertação de Mestrado em Ciências Médicas, área de concentração: Psicoterapia. Sem informação da Universidade) [Irlanda do Norte]

BOUGNOUX, Daniel. *Introdução às Ciências da Comunicação*. Bauru: EDUSC, 1999. 220 p.

BRANCO, Rita Francis G. R. O Médico e a Perplexidade Frente ao 3º Milênio: O Que Fazer? *Revista UNIMED* ano XIII (78):40-41, 2000a

_____. Recado ao Jovem Médico: Privilegiem a Relação Humana! *Revista Jovem Médico* nº 1:29-30, 2000b

_____. Teaching the Doctor-Patient Relationship through Balint Groups: the Possibility of a Time for Reflection Medical Training. (Short Paper) In *The Balint Society Oxford Weekend 2000*. Oxford, UK 2000c

BRANDÃO, José Ernani de Aragão. A Evolução do Ensino Superior Brasileiro: uma abordagem histórica abreviada. In MOREIRA, D.A (org.) *Didática do Ensino Superior: Técnicas e Tendências*. São Paulo: Editora Pioneira 1997. p.180. p. 3-59

BRENNER, Charles. *Noções Básicas de Psicanálise: introdução à psicologia psicanalítica*. 3ª ed. Rio de Janeiro-São Paulo, Imago-Editora da Universidade de São Paulo, 1975. 260 p.

BRESCIA, Silvia; QUAYLE, Julieta. A percepção do paciente em relação à visita médica num hospital-escola: um estudo exploratório. *Revista Brasileira de Educação Médica* vol. 21(2/3): 36-43 maio/dez 1997

BRINGEL, Acácia Aparecida. *Uma Reflexão Sobre o Método Fenomenológico e a Educação*. In mimeo. 2001

BUBER, Martin. *Eu e Tu*. 2ª ed. São Paulo: Cortez & Moraes, 1979. 170 p.

BUSNELLO, Ellis D'Arrigo et al. Desafio na Psiquiatria: um Ensino mais Humanístico. *Revista Brasileira de Educação Médica*. Vol 21 (2/3): 13 - 16, mai/dez 1997

CAPALBO, Creusa. *Fenomenologia e Ciências Humanas*. 3º ed. Londrina: UEL, 1996. 133 p.

CÁRDENAS, Manuel. Cambio En La Relacion Medico-Paciente Por La Automatizacion De La Medicina. *ARCH INST CARDIOL MÉX* vol 62 : 453-455, 1992

CASTIGLIONI, Arturo. *História da Medicina*. 1º vol. São Paulo: Cia Editora Nacional, 1947. 613 p. (Biblioteca do Espírito Moderno: História e Biografia, série 3ª vol. 45)

_____. _____, 2º vol. São Paulo: Cia Editora Nacional, 1947. 581 p. (Biblioteca do Espírito Moderno: História e Biografia, série 3ª vol.45-a)

COMAZZI, A. M.; LUBAN-PLOZZA, Boris. Experience in Organising a “Junior” Balint Group. In HOPKINS, Philip. *Patient-Centred Medicine*. London: Regional Doctor Publications Limited, 1972. 364 p. p.117-119.

COMO Abrir um Curso de Medicina. *Jornal do CREMERJ*, Rio de Janeiro, Julho/1999; Ano XI (106):10-11, col. Ensino Médico.

COMO Será a Prova? Medicina. Provão: Exame Nacional de Cursos 2001: Avaliação e Qualidade. *Revista do Provão*. Nº6:32 2001

CRUZ, Emirene M. Trevisan Navarro. Formando Médicos da Pessoa: O Resgate das Relações Médico-Paciente e Professor-Aluno. *Revista Brasileira de Educação Médica* vol. 21 (2/3): 23-29 mai/dez 1997

CUNHA, Maria Isabel da. *O Professor Universitário na Transição de Paradigmas*. Araraquara: JM Editora, 1998

DARTIGUES, André. *O Que é a Fenomenologia?* 2ª ed. Rio de Janeiro: Eldorado, 1973. 163 p.

DEL VOLGO, Marie-José. *O Instante de Dizer: o mito individual do doente sobre a medicina moderna*. São Paulo-Goiânia; Ed. Escuta-Editora da Universidade Católica de Goiás, 1998. 212 p.

DETONI, Adlai Ralph; PAULO, Rosa Monteiro. A Organização dos Dados da Pesquisa em Cena. In BICUDO, Maria Aparecida Viggiani (org.). *Fenomenologia: Confrontos e Avanços*. São Paulo: Cortez, 2000. 167 p. p.141-167

DOKTER, H. J. Training of Groups of First-year Medical Students Under the Guidance of Experienced General Practitioners: a Preliminary Review. In HOPKINS, P. *Patient-Centred Medicine*. London: Regional Doctor Publications Limited, 1972. 364 p. p. 97-102

_____. Tem Years of Study Groups for First Year to Third Year Medical Students, Under the Guidance of General Practitioners. In HOPKINS, P. *The Human Face of Medicine*. Kent: Pitman Medical Publishing Co Ltd, 1979. 298 p. p.252-260.

DOLCI, Maria Inês Rodrigues Landini. Informação Consistente. *Medicina Conselho Federal*. Brasília, mai/99. Ano XIV nº 105: 6 Seção Ética em Debate.

EICKE, Dieter. Medical Students and Their Conflicts with Medical Institutions. In HOPKINS, Philip. *Patient-Centred Medicine*. London: Regional Doctor Publications Limited, 1972. 364 p. p.121-124

“ESSENTIAL” and “Desirable” Characteristics of a Balint Group.
<http://familymed.musc.edu/>

EKSTERMAN, Abram. Introdução. In PERESTRELLO, D. *A Medicina da Pessoa*. 4ª ed. Rio de Janeiro: Atheneu, 1989. 272 p. p. XXIII

- FACCHINI, Luiz A; PICCINI, Roberto; SANTOS, Rogério C. Histórico do Desenvolvimento da Medicina e da Educação. *Boletim ABEM*, Rio de Janeiro, mai/jun. 1999, vol XXVII n° 2: 5
- FOUCAULT, Michel. *O Nascimento da Clínica*. São Paulo: Forense Universitari, 1994. 240 p.
- FREELING, Paul. Training Medical Pre-graduates. In HOPKINS, P. *Patient-Centred Medicine*. London: Regional Doctor Publications Limited, 1972. 364 p. p. 91-95
- FRIGOTTO, Gaudêncio. *A Educação e a Crise do Capitalismo Real*. 2ª ed. São Paulo: Cortez, 1996. 231 p.
- GARCIA, Pedro Benjamim. Paradigmas em Crise e a Educação. In BRANDÃO, Zaia (org.). *A Crise dos Paradigmas e a Educação*. São Paulo: Cortez, 1999. 104p. p.58-66
- GELLY, R. Aspectos Teóricos do Movimento Balint. In MISSENARD, A. *A Experiência Balint: história e atualidade*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1994. 194 p. p.23-52
- GENTILI, Pablo. *A Falsificação do Consenso*. Petrópolis: Vozes, 1998. 144 p.
- GIDEKEL, Lazaro et al. Balint Group Operation in Internal Medicine Residents of "Dr. Clemente Alvarez" Emergency Hospital. In SALINSKY, J. *Proceedings of the Eleventh International Balint Congress 1998*. London: The Limited Edition Press, 1999. 218 p. p.134-150.
- GOMES, Júlio César Meirelles. A Bioética e a Relação Médico-Paciente. *MEDICINA Conselho Federal*, Brasília, Set/1999, Ano XIV (109):8-9. Col. Bioética
- GOMES, Júlio César Meirelles; FRANÇA, Genival Veloso. *Erro Médico: Um Enfoque Sobre Sua Origem e Suas Consequências*. Montes Claros: UNIMONTES, 1999. 186 p.
- GOMES, Paulo de Tarso; POZZEBON, Paulo Moacir G. Técnicas de Dinâmica de Grupos. In CARVALHO, M.(org.) *Construindo o Saber, Metodologia Científica: Fundamentos e Técnicas*. 7ª ed. Campinas: Papyrus, 1998. 175 p. p.129-135
- GORDINHO, Margarida Cintra (org.). *Caminhos da Medicina*. São Paulo: Marca D'Água, 1999. 153 p.
- GOSLING, R.; TURQUET, P. A Formação dos Médicos Generalistas. In MISSENARD, A. *A Experiência Balint: História e Atualidade*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1994. 194 p. p.53-108
- GODOY, Arilda Schmidt; CUNHA, Maria Alexandra V.C. Ensino em Pequenos Grupos. In MOREIRA, D. A. *Didática do Ensino Superior: Técnicas e Tendências*. São Paulo: Pioneira, 1997. 180 p. p. 83-100
- HAGUETTE, Tereza Maria Frota. *Metodologias Qualitativas da Sociologia*. São Paulo: Vozes, 1987

HOPE, Tony. Teaching Ethics and Communications Skills. In SALINSKY, J. *Proceedings of the Eleventh International Balint Congress 1998*. London: The Limited Edition Press, 1999. 218 p. p. 55-62

HOPKINS, Philip. *Patient-Centred Medicine*. London: Regional Doctor Publications Limited, 1972. 364 p.

_____. Who Was Dr. Michael Balint? In SALINSKY, J. *Proceedings of the Eleventh International Balint Congress 1998*. London: The Limited Edition Press, 1999. 218 p. p.40-54

HUSSERL, Edmund. *A Idéia da Fenomenologia*. Lisboa: Edições 70, 1958. 133 p.

IANNI, Octavio. *A Sociedade Global*. 7º ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1999. 196 p.

INTERNATIONAL JR BALINT FEDERATION. <http://www.medicine.unige.ch/~balint/>

JOUANEN, Efrain Diaz. O Conceito de Especialidades Médicas. *Medicina Conselho Federal*. Brasília, jan/99. Ano XIV (101): 22 - 23 Seção Fórum de Especialidades Médicas.

KAUFMAN, Arthur. *Teatro Pedagógico: bastidores da iniciação médica*. São Paulo: Ágora, 1992. 143p.

KÜBLER-ROSS, Elisabeth. *Sobre a Morte e o Morrer*. São Paulo: Martins Fontes, 1987. 290p

KUPFER, Maria Cristina. *Freud e a Educação: O Mestre do Impossível*. 3ª ed. São Paulo: Scipione, 1997. 103 p.

LACAN, Jacques. *O Seminário livro I: os escritos técnicos de Freud, 1953-1954*. 3ª ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1986. 336 p.

LAVILLE, Christian; DIONNE, Jean. *A Construção do Saber: Manual de Metodologia da Pesquisa em Ciências Humanas*. Porto Alegre-Belo Horizonte, Artes Médicas-Editora UFMG, 1999. 262 p.

LIBÂNIO, José Carlos. Pedagogia e Modernidade: Presente e Futuro da Escola. In GHIRALDELLI Jr, P. (org.). *Infância, Escola e Modernidade*. São Paulo-Curitiba, Cortez-Ed. Universidade Federal do Paraná, 1997. 176 p. p.127-176.

LUBAN-PLOZZA, Boris. Eine neue Trainingsmethode 20 Jahre Studenten-Balint-Gruppen. *Schweiz. Rundschau Med. (PRAXIS)* 78 nr 43: 1192-1196, 1989

_____. Medical Training and Balint Groups. *European Handbook of Psychiatry*. p.2436-2437 s/d

_____. The Possibility of Training Medical Students in Balint Groups. in HOPKINS, P. *The Human Face of Medicine*. Kent, UK: Pitman Medical Publishing Co Ltd, 1979. 298 p. p.261-264.

LUBAN-PLOZZA, Boris; PETZOLD, E.R. From the BALINT-Groups to the Monte Verità-Groups: "The Ascona-Modell". *Rencontres Internationales D'Ascona*. Centro di Documentazione. Ascona, Suíça, s/d

LUZ Hélio de Souza. *O Médico, Essa "Droga" Desconhecida*. Rio de Janeiro: Atheneu, [1993]. 306 p.

MACHADO, Maria Helena. Características Sociológicas da Profissão Médica. *Médicos HC-FMUSP*. Ano I (5):100 – 102. São Paulo, dez/98

_____. Formação Médica e Inserção no Mercado de Trabalho. *Medicina Conselho Federal*. Brasília, jan/99. Ano XIV (101):23-24 Seção Fórum de Especialidades Médicas.

_____. (org.). *Os Médicos no Brasil: um retrato da realidade*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1997. 244p.

MARTINS, Joel. *Um enfoque Fenomenológico do Currículo: Educação como Poiesis*. São Paulo: Cortez, 1992. 142 p.

MARX, Karl; ENGELS, Friedrich. *Textos sobre Educação e Ensino*. São Paulo: Editora Moraes, 1983. 100p.

MASETTO, Marcos Tarciso (org.). *Docência na Universidade*. Campinas: Papyrus, 1998. 112p.

MEDEIROS, Damião Nobre. A Vitória da Máquina. *Medicina Conselho Federal*. Brasília, out, 1998. Ano XIII (98): 28

MELLO FILHO, Júlio. *Concepção Psicossomática: da teoria à prática médica*. 1976. 199 p. (Tese de Livre Docência de Psicologia Médica. Universidade Federal do Rio de Janeiro)

MELO, José Maria de Souza. *A Medicina e sua História*. Rio de Janeiro: Ed. de Publicações Científicas, 1989. 207 p.

MERLEAU-PONTY, Maurice. *Fenomenologia da Percepção*. 2ª ed. São Paulo: Martins Fontes, 1999. 662p.

MILLAN, Luiz Roberto et al. *O Universo Psicológico do Futuro Médico: Vocação, Vicissitudes e Perspectivas*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1999. 282 p.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. *O Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde*. 5ª ed. São Paulo-Rio de Janeiro, HUCITEC-ABRASCO, 1998. 269 p.

MINUTA do Anteprojeto das Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Medicina. *Boletim ABEM*. Rio de Janeiro, set/out/nov/dez 2000, vol XXVIII (4):8-9

MISSENARD, André (org.). *A Experiência Balint: História e Atualidade*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1994, 194p.

MOREAU, André; VERCHEVAL, Robert. Pre-Balint Group for Students. In HOPKINS, P. *The Human Face of Medicine*. London: Pitman Medical Publishing Co Ltd, 1979. 298 p. p.100-103.

MORIN, Edgar. *Os Setes Saberes Necessários à Educação do Futuro*. 2º ed. São Paulo-Brasília, Cortez-UNESCO. 2000. 116p.

MOUNIER, Emmanuel. *O Personalismo*. 2º ed. São Paulo: Livraria Duas Cidades, 1964. 210 p.

NARDI, Antônio Egídio. Brasil: Currículo e Prática. *Educ Med Salud* vol 23 (4): 354-362, 1989

NUNES, Eustachio Portella. Apresentação. In Luz, H.S. *O Médico, Essa Droga Desconhecida*. Rio de Janeiro: Atheneu,1993. 306 p. s/pg.

OMISSÃO do Governo Desqualifica Ensino Médico. *MEDICINA Conselho Federal*. Brasília, Abril/1999, Ano XIV (104):11. col. Movimento Médico

OUTEIRAL, José Ottoni; GRAÑA, Roberto Barberena (org.). *Donald Winnicott: Estudos*. Porto Alegre: Artes Médicas,1991. 224p

PAULO, Luiz Gonçalves; ZANINI, Antônio Carlos. *Compliance: sobre o encontro paciente/médico*. São Roque: IPEX Editora, 1997. 195 p.

PEIXOTO, Adão José. Filosofia e Educação: as contribuições de E. Mounier. In PEIXOTO, A. J. (org.). *Filosofia, Educação e Cidadania*. Campinas: Alínea, 2001. 235 p. p.95-127

_____. *O Papel do Educador na Perspectiva da Filosofia Personalista de Emmanuel Mounier*. 1998. 284 p. (Tese de Doutorado em Educação, Área de Concentração: Administração Escolar. Universidade de São Paulo)

PERESTRELLO, Danilo. *A Medicina da Pessoa*. 4ªed. Rio de Janeiro: Atheneu, 1989. 272 p.

PICCINI, Roberto Xavier; SANTOS, Rogério Carvalho; FACCHINI, Luiz Augusto. *Processo, Principais Resultados e Perspectivas*. Relatório da CINAEM - III Fase. Oficina de Campinas. maio/1999 10 p. (mimeografado)

PITTA, Ana Maria Fernandes. *Hospital: dor e morte como OFÍCIO*. 4ª ed. São Paulo: HUCITEC, 1999. 198p.

PLASTINO, Carlos Alberto. A Crise dos Paradigmas e a Crise do Conceito de Paradigma. In BRANDÃO, Zaia (org.). *A Crise dos Paradigmas e a Educação*. São Paulo: Cortez, 1999. 104p. p.30-47

POND, Desmond, Arthur. Foreword. In HOPKINS, Philip. *The Human Face of Medicina*. London: Pitman Publishing Ltd,1979 298p. p. XI-XIV

PORTO, Celmo Celeno; BRANCO, Rita Francis G. R.; OLIVEIRA, Ana Maria. Relação Médico-Paciente. In PORTO, C.C. *Semiologia Médica*. 4^a ed. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 2001. 1428 p. p.22-39

PORTO, Celmo Celeno (org.). *Semiologia Médica*. 3^o ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan 1997. 1187 p.

RAMOS, Lúcia Regina de Jesus. O Papel de um Setor de Assistência ao Estudante dentro da Perspectiva de Humanização do Ensino Médico. In *XXXVII Congresso Brasileiro de Educação Médica e IX Fórum Nacional de Avaliação do Ensino Médico*. Brasília. 1999.

RANSOM, Donald C. (1999) Balint Group Training.
http://www.scma.org/scp/scp_newformat/scp951112/ransom.html

REZENDE, Antonio Muniz. *Concepção Fenomenológica da Educação*. São Paulo: Cortez-Autores Associados, 1990. 96 p.

REZENDE, Joffre Marcondes. *Curso de História da Medicina*.(Sinopse) Goiânia: Centro Editorial e Gráfico da Universidade Federal de Goiás (CEGRAF), s/d. 127 p.

RICOEUR, Paul. *Interpretação e Ideologias*. 4^a ed. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1990. 172 p.

ROSENHEIM, Lord. Foreword. In HOPKINS, P. *Patient-Centred Medicina*. London: Regional Doctor Publications Limited, 1972. 364 p. p. VII-VIII

ROUY, Jean-Loup et al. Working with medical students at Bobigny. In HOPKINS, P. *The Human Face of Medicine*. London: Pitman Medical Publishing Co Ltd, 1979. 298 p. p.82-92.

RUBANO, Denize Rosana; MOROZ, Melania. A Dúvida Como Recurso e a Geometria Como Modelo: René Descartes (1596-1650). In ANDERY, M. A. (org.) *Para Compreender a Ciência: uma Perspectiva Histórica*. 6^a ed. Rio de Janeiro-São Paulo, Espaço e Tempo-EDUC, 1996. 436 p. p.201-210

RUDEBECK, Carl Edvard. The Doctor, The Patient and the Body. In SALINSKY, J. *Proceedings of the Eleventh International Balint Congress 1998*. London: The Balint Society (Limited Edition Press), 1999. 218 p. p. 79-89

SACKIN, Paul. Value of Case Discussion Groups in Vocational Training. (Essays on Practice). *British Medical Journal* n°289:1543-1544, 1986

_____. Welcome Address. In SALINSKY, J. *Proceedings of the Eleventh International Balint Congress 1998*. London: The Balint Society (The Limited Edition Press), 1999. 218 p. p.38-39

SALINSKY, John (org.). *Proceedings of the Eleventh International Balint Congress 1998*. London: The Balint Society (The Limited Edition Press), 1999. 218 p.

SALINSKY, John; SACKIN, Paul. *What are you feeling, Doctor? identifying and avoiding defensive patterns in the consultation*. Oxon: Radcliffe Medical Press, 2000. 174 p.

SANTOS, Jair Ferreira dos. *O Que é Pós-Moderno*. 18ª ed. São Paulo: Editora Brasiliense S/A, 1998. 113 p.

SAPIR, Michel. O Grupo Balint: Passado e Futuro. In MISSENARD, A. *A Experiência Balint: História e Atualidade*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1994. 194 p. p.109-134

SCHEINGOLD, Lee. Balint Work in England: Lessons for American Family Medicine. *The Journal of Family Practice*, vol. 26 (3):315-320, 1988

SOUZA, Alicia Regina Navarro Dias. *Formação Médica, Racionalidade e Experiência: O Discurso Médico e o Ensino da Clínica*. 1998. 186 p. (Tese de Doutorado em Ciências da Saúde. Área de Concentração em Psiquiatria. Universidade Federal do Rio de Janeiro)

SOUZA, Heloísa Machado. A Estratégia da Saúde da família e seus Desafios. *Boletim ABEM*. Vol XXVII (3):3 ago/set, 1999

SUCUPIRA, Ana Cecília S. A Comunicação entre Aluno e Paciente na Realização da Anamnese. Brasília, 1999. In *XXXVII Congresso Brasileiro de Educação Médico e IX Fórum Nacional de Avaliação do Ensino Médico*.

TÄHKÄ, Veikko. *O Relacionamento Médico-Paciente*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1988. 227 p.

THE AMERICAN BALINT SOCIETY. <http://familymed.musc.edu/balint/Balint.html>

THE BALINT SOCIETY . <http://www.balint.co.uk>

THE TAVISTOCK AND PORTMAN NHS TRUST. *Academic Prospectus*. London: Tavistock 2000-2001. 52 p.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS. Conselho Coordenador de Ensino e Pesquisa. *Resolução CCEP/nº 274*. Goiânia: 26 de fevereiro de 1988

VEIGA, Ilma Passos Alencastro. O Seminário como Técnica de Ensino Socializado. In VEIGA, I. (org.) *Técnicas de Ensino: Por Que Não?* 8ª ed. Campinas: Papyrus, 1999. 149 p. p.103-113

VENTURELLI, José. *Educación Médica: Nuevos Enfoques, Metas y Métodos*. Washington: Organización Panamericana de La Salud/ Organización Mundial de La Salud, 1997. 295 p.

VON ZUBEN, Newton Aquiles. A Fenomenologia em Questão: Desafios de um Projeto. In CARVALHO, Maria Cecília (org.). *Paradigmas Filosóficos da Atualidade*. Campinas: Papyrus, 1989. p.145-166.

_____ Fenomenologia e Existência: Uma Leitura de Merleau-Ponty.
In MARTINS, J.; DICHTCHEKENIAN, M.F.S.B. *Temas Fundamentais de Fenomenologia*. São Paulo: Ed. Moraes, 1984. 98 p. p.55-68

_____. Introdução. In BUBER, M. *Eu e Tu*. 2^a ed. São Paulo: Cortez & Moraes, 1979. 170 p. p. V-LXXVIII

WARTH, Maria do Patrocínio. A Relação Médico-Paciente. *Médicos HC-FMUSP*. Ano I (2):95 São Paulo, mai/jun 1998

ZADHAFT, Sérgio. *Morte e Formação Médica*. Rio de Janeiro: Livraria Francisco Alves, 1990. 167p.

ZIMERMAN, David E. *Fundamentos Psicanalíticos: teoria, técnica e clínica – uma abordagem didática*. Porto Alegre: Artmed, 1999. 478 p.

ANEXO I**QUESTIONÁRIO PARA LEVANTAMENTO DO ENSINO DA RELAÇÃO MÉDICO-
PACIENTE NAS FACULDADES DE MEDICINA DO BRASIL**

1. Qual o nome da disciplina que ensina o método clínico?

.....

2. Qual sua carga horária?

3. Qual o professor responsável pela referida disciplina e qual seu endereço para correspondência?

.....

4. Existe em sua escola uma sistematização do ensino da relação médico-paciente?

.....

5. Quem é o responsável por este ensino?

6. Qual técnica didática é usada para ensinar a relação médico-paciente?

.....

ANEXO II**RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE****EXPECTATIVAS DOS ESTUDANTES COM RELAÇÃO AO ENCONTRO COM O PACIENTE**

NOME:-----

IDADE:-----SEXO:-----

LOCAL DE NASCIMENTO:-----

LOCAL DE MORADIA ATUAL:-----

HÁ QUANTO TEMPO:-----

PROFISSÃO DO PAI :-----

PROFISSÃO DA MÃE:-----

VOCÊ INICIOU OU REALIZOU OUTRO CURSO?

 SIM QUAL:----- NÃO

VOCÊ PRÁTICA ATIVAMENTE UMA RELIGIÃO?

 SIM QUAL:----- NÃO**Descreva suas expectativas com relação ao seu encontro com o paciente:**

ANEXO III

REGISTRO CURSIVO DE UM GRUPO BALINT

Segundo encontro com a Turma A1. Compareceram apenas 3 alunos. Sentamos em círculo. Perguntei quem tinha um caso para relatar. A aluna 1 começou contando-nos que, no início do ano letivo, tinha dificuldade para aproximar-se dos pacientes. Parecia-lhe que eles estavam cansados e não gostavam dos alunos. Neste momento, no entanto, relatou-nos que: *percebo que aquela "carinha" nada tem a ver conosco. Essa "carinha" é porque estão doentes, têm medo de "gente de branco", que sempre que se aproxima é para dar medicamento, injeções...* Sabedora, agora, dessa verdade, sentia-se livre para aproximar-se dos pacientes. Disse, ainda: *agora posso ouvir, já que não posso fazer muita coisa...* Expliquei-lhe que "ouvir" o paciente "é muita coisa". Ela iniciou, então, o caso. Falou sobre um paciente que se encontrava no Pronto Socorro, desgastado de tanto perambular, consultando-se com vários médicos. Ela ouviu sua história a respeito dessas idas infrutíferas aos médicos.

O aluno 2 disse que se sentia mais tranquilo para fazer seu relato, pois, nesse dia, eram poucos os alunos em sala. Contou-nos um caso. Ao entrevistar o paciente, gostou dele e percebeu sua sabedoria. Não o quis como paciente, negando-se a fazer a anamnese. Segundo seu relato, guardou essa relação diferenciada, a fim de mantê-lo como amigo e confidente. Certo dia, ao perceber-se deprimido, buscou a companhia daquele paciente. Sentou-se à beira do leito, fez-lhe confidências, chorou muito, tendo sido confortado por ele. Conversaram muito e tornaram-se amigos. Após o falecimento desse paciente, o aluno, muito comovido, foi ao enterro. Queria expressar-lhe sua amizade e seu afeto. Embora tenha ficado triste, a morte não lhe impactou. Disse que não se sente angustiado frente a morte e perguntou-me se ele poderia ser considerado insensível. Contou-nos que conviveu com várias perdas de entes queridos, quando pequeno, e por isso, sempre percebeu a morte como fato natural. Expliquei-lhe que esse fato é natural mesmo, mas lembrei-lhe que não se deve inverter os papéis sociais dentro do ambiente hospitalar. Ele, aluno, era

o detentor do papel de médico no momento de sua atuação. Portanto, ele não podia se tornar “paciente do seu paciente”. O aluno entendeu, nesse momento, o sentido de minha fala. Ficou pensativo.

O aluno 3 disse que, embora capaz de perceber sua própria evolução, ainda sentia-se angustiado perante o paciente: sentia-se *impotente*. Expliquei-lhe que ele poderia usar seus conhecimentos científicos em prol do paciente, orientando-lhe a respeito da profilaxia das doenças, por exemplo. Preferiu não relatar nenhum caso. Calou-se.

O estudante 2 retomou a palavra e enfatizou a linguagem corporal e o ato de tocar o paciente com as mãos, como sendo um processo que poderia beneficiá-lo. Falei sobre o “mito” do poder médico e de como a imposição de mãos permaneceu, através dos séculos, vinculada à cura e ao poder divino e, ainda, falei sobre sua relação mítica com a medicina.

Os alunos não mais se manifestaram. Encerrou-se o grupo.

ANEXO IV**QUESTÃO DA PROVA:**

Esta questão você já ganhou, basta responder !

Descreva seu último encontro com um paciente: como ocorreu, quais as emoções que você conseguiu identificar no paciente e como você se sentiu em relação a este encontro.

ANEXO V**QUESTIONÁRIO**

NOME: _____ TURMA: _____

1)- Você atuou neste último rodízio:

Em enfermaria () Em ambulatório () Em PS ()

Na disciplina:.....

2)- Você participou das aulas de relação médico-paciente no 3º ano?

SIM () NÃO ()

3)- As aulas de relação médico-paciente, de alguma forma, contribuíram para sua atuação neste ano, durante o atendimento dos pacientes?

SIM () NÃO () Por que?

4)- Baseado em sua vivência atual, você teria alguma sugestão para a melhoria do ensino da relação médico-paciente durante o curso de Medicina?

5)- Descreva a sua relação com um de seus pacientes atendidos durante este ano