

See discussions, stats, and author profiles for this publication at: <https://www.researchgate.net/publication/235424729>

Técnicas de intervenção psicológica para humanização nas equipes de saúde: Grupos Balint e Grupos de Reflexão sobre a tarefa assistencial

Chapter · June 2008

CITATIONS

4

READS

2,090

3 authors, including:



[Mcf Nogueira-Martins](#)

Private Clinic - Secretariat of Health, Sao Paulo (retired)

39 PUBLICATIONS 276 CITATIONS

[SEE PROFILE](#)



[Luiz Antonio Nogueira Martins](#)

Universidade Federal de São Paulo

164 PUBLICATIONS 1,540 CITATIONS

[SEE PROFILE](#)

Some of the authors of this publication are also working on these related projects:



Violência/assédio na formação médica e no exercício profissional [View project](#)



Ocupacional Stress [View project](#)

Macedo PCM, Nogueira-Martins MCF, Nogueira-Martins LA. Técnicas de intervenção psicológica para humanização nas equipes de saúde: Grupos Balint e Grupos de Reflexão sobre a tarefa assistencial. In: Knobel D, Andreoli PBA, Erlichman MR (orgs) Psicologia e Humanização. São Paulo: Atheneu, 2008. p. 325-341.

Técnicas de intervenção psicológica para humanização nas equipes de saúde: Grupos Balint e Grupos de Reflexão sobre a tarefa assistencial

*Paula Costa Mosca Macedo¹
Maria Cezira Fantini Nogueira-Martins²
Luiz Antonio Nogueira-Martins³*

Introdução

A valorização excessiva dos insumos tecnológicos relacionados aos avanços científicos da área biomédica tem levado à dessubjetivação das práticas de saúde e de seus atores sociais. Segundo Gallian (2000), o processo de desumanização, é uma das conseqüências da separação entre a medicina e as humanidades, que ocorreu principalmente a partir de fins do século XIX.

A exigência atual é de que novas tecnologias caminhem lado a lado com atributos como maior sensibilidade e compromisso para ampliação dos focos da doença e para a promoção da saúde, incentivando o protagonismo dos sujeitos envolvidos na assistência (Cassel, 1982; Hahn, 1995; Wulff et al., 1995). Para que estas mudanças ocorram, há que se aproximar a teoria da prática, a ciência da assistência, através do trabalho incessante de se repensar a formação profissional, e desenvolver recursos emocionais e comportamentais nos profissionais, de tal forma a sustentar a prática assistencial.

O grande desafio é o de encontrar formas de pactuação com os profissionais, a partir de uma ótica solidária e de co-responsabilidade sobre os processos de produção de saúde, favorecendo atitudes e olhares mais humanizadores, lidando com o fato de que estes mesmos profissionais, habitualmente, não estão preparados para esta perspectiva, adotando, geralmente, o modelo biomédico tanto em sua abordagem ao paciente como na sua relação com a equipe de saúde (Caprara e cols, 2006).

1

² Psicóloga pela USP. Doutora pela UNIFESP. Pesquisadora do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES-SP). Professora e orientadora do Programa de Pós Graduação em Ciências, da SES-SP. Professora convidada do Curso de Psicodrama do Convênio Sociedade de Psicodrama de São Paulo – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (SOPSP-PUCSP).

³ Professor Associado da Disciplina de Psicologia Médica e Psiquiatria Social do Departamento de Psiquiatria da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP). Coordenador do Núcleo de Assistência e Pesquisa em Residência Médica (NAPREME) da UNIFESP.

Recentemente, têm sido observados esforços para a melhoria do padrão assistencial: trata-se dos programas e políticas de Humanização em Saúde.

Vale aqui uma observação sobre o termo “humanização”. Deslandes (2004) destaca que o mesmo é utilizado para um grande conjunto de iniciativas, “mas não possui uma definição mais clara, geralmente designando a forma de assistência que valoriza a qualidade do cuidado do ponto de vista técnico, associada ao reconhecimento dos direitos do paciente, de sua subjetividade e cultura, além do reconhecimento do profissional.” (p. 01) A autora considera que a humanização, ainda que um termo mal definido e sujeito a controvérsias, “se constitui um novo campo de possibilidades: tanto para o aumento da qualidade da assistência quanto para uma nova ordem relacional, pautada no reconhecimento da alteridade e no diálogo”. (p. 03)

No Brasil, a humanização, enquanto ação programática, alcançou maior destaque no ano de 2000, quando o Ministério da Saúde lançou o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar – PNHAH (Ministério da Saúde, 2001), com o objetivo de promover uma nova cultura de atendimento à saúde e organizar elementos e propostas até então esparsos (Urbano e cols, 2007). Dentre as várias necessidades apontadas, o PNHAH ressaltava que, para a humanização da assistência, é necessário cuidar dos próprios profissionais da área da saúde, constituindo equipes de trabalho saudáveis. Também propunha atenção dirigida à formação dos profissionais, ao reconhecer que muitas das dificuldades de interação seriam decorrentes de falhas na formação dos profissionais, restrita ao modelo biomédico. Enfatizava também a necessidade de atenção aos aspectos subjetivos e intersubjetivos presentes nas relações assistenciais.

Em 2003, o Ministério da Saúde, ao instituir a Política Nacional de Humanização (PNH), propõe a humanização como eixo norteador das práticas de saúde em todas as instâncias do SUS e reconhece, entre outros problemas, que há despreparo dos profissionais de saúde para lidar com a dimensão subjetiva nas práticas de atenção (Ministério da Saúde, 2003). A PNH propõe também a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde, utilizando o princípio da transversalidade⁴ e o uso de dispositivos que direcionem e articulem ações, saberes, práticas e sujeitos implicados neste processo de mudança, em direção a uma atenção em saúde integrada e realmente humanizada (Ministério da Saúde, 2006).

Para que profundas mudanças ocorram na direção da Humanização dos serviços de saúde, é preciso que haja grande investimento na qualificação dos profissionais envolvidos na assistência, inclusive no que tange à construção de uma nova imagem profissional, onde os modelos aprendidos (biomédico) e as atitudes para com os pacientes, muitas vezes descompromissadas com a integralidade do ser humano, sejam repensadas.

Assim, ao conceituarmos o termo Humanização nas Práticas em Saúde, necessariamente abordaremos a questão da valorização do trabalhador e a importância da capacitação destes profissionais, para o fortalecimento do trabalho em equipe multiprofissional e a estimulação das ações que visem à reciclagem e a educação continuada (Nogueira-Martins, 2002).

⁴ A transversalidade implica na tentativa de superação da organização institucional assentada em códigos de comunicação e de trocas circulantes nos eixos da verticalidade e horizontalidade: um eixo vertical (o da hierarquia dos gestores, trabalhadores e usuários) e um eixo horizontal (o das comunicações). Ampliar o grau de transversalidade é produzir uma comunicação construída na intercessão dos eixos vertical e horizontal (Benevides e Passos, 2005b).

Tanto o PNHAH como a PNH apontam para a importância do aspecto comunicacional nas práticas em saúde, principalmente no que se refere ao campo relacional profissional-paciente (Betts, 2003), aspecto esse intimamente ligado à compreensão do adoecer e do sofrimento do paciente, sem o qual é impossível o estabelecimento de modelos de atenção integral à saúde, numa perspectiva de abordagem biopsicossocial (Gadamer,1994). A comunicação se refere, especialmente, à capacidade de falar e ouvir; permite a troca, o encontro, o entendimento entre os homens e o reconhecimento da alteridade e das idiossincrasias dos sujeitos (Betts, 2003).

Para contribuir com o entendimento do campo relacional profissional-paciente, abordaremos a seguir alguns aspectos referentes à atividade assistencial em saúde.

O profissional de saúde e a tarefa assistencial

As necessidades pessoais e sociais do paciente são, especialmente nos serviços públicos, fonte de angústia e de confusão para os profissionais, que, habitualmente, terminam por considerar esses elementos (tantos o contexto psicossocial do paciente como os sentimentos do profissional) como complicações que atrapalham o raciocínio técnico (o diagnóstico, a terapêutica). Uma das causas desse fenômeno é a formação dos profissionais da saúde que, enquanto restrita ao modelo biomédico, encontra-se impossibilitada de considerar a experiência do sofrimento como integrante da sua relação profissional (Caprara e Franco, 1999); a questão que se coloca diz respeito não à validade do modelo biomédico, mas sim à possibilidade ou impossibilidade de considerá-lo como suficiente para a formação integral daqueles que pretendem trabalhar com seres humanos.

Verifica-se que o sofrimento psíquico é inerente tanto ao processo de adoecer como à tarefa de cuidar. Como se trata de um campo relacional, ressalta-se que para análise dos padrões disfuncionais destas relações, é necessário analisar a direção para onde aponta o vetor do estresse (Folkman e Lazarus,1984).

É importante salientar que a atividade assistencial desenvolvida por profissionais da saúde possibilita diversas gratificações, tais como aliviar a dor e o sofrimento, curar doenças, salvar vidas, sentir-se competente, ensinar, aconselhar, educar, prevenir doenças, receber reconhecimento, elogios, gratidão. Por outro lado, apresenta também fatores estressantes, como o medo de cometer erros ou provocar danos, suportar a precariedade do sistema de saúde, estar ciente da constante necessidade de atualização de seus conhecimentos científicos, lidar com o contato íntimo e freqüente com dor e sofrimento, emitir comunicações dolorosas, ser colocado diante de constantes dilemas éticos (Tahka, 1988; Pitta, 1991; Nogueira-Martins, 2002). Muitas vezes, as reações psicológicas da pessoa doente e de seus familiares incluem demandas que não podem ser racionalmente atendidas, como por exemplo, o desejo de certezas e garantias que não pode ser integralmente satisfeito (Nogueira-Martins e Ramalho, 2007)

As reações emocionais desencadeadas na equipe de saúde pelo contato contínuo com pacientes em situação de crise pelo adoecimento têm sido descritas há mais de três décadas, por meio da identificação de componentes como o estresse, sobrecarga física e emocional, o sofrimento psíquico e a falta de comunicação mais eficiente. Segundo Pitta (1991) o conhecimento de que o trabalho adoecer é milenar.

Vários fatores têm sido apontados como facilitadores ou desencadeantes destes fenômenos, entre eles:

- falta de preparo profissional para lidar com situações psicologicamente difíceis (devido ao tipo de formação)
- diferenças de personalidade (pré-disposições, condições internas)
- organização do trabalho (condições externas)
- natureza do trabalho (desgaste da tarefa assistencial)

O desequilíbrio destas dimensões pode acarretar o desenvolvimento de vários problemas de saúde (somatizações) e alterações psicológicas no profissional, e também interferir na sua relação com a equipe de saúde e pacientes, gerando um processo de desgaste emocional.

Em muitos casos, poderá ocorrer a Síndrome de Burnout, que se caracteriza por um estado de esgotamento profissional, e que é composta por sintomas somáticos, psicológicos e comportamentais. Esta síndrome está relacionada à condição de desempenhar atividades com alto grau de contato com pessoas (Pereira, 2002). O termo *burnout* “é uma metáfora para significar aquilo, ou aquele que chegou ao seu limite e, por falta de energia, não tem mais condições de desempenho físico ou mental” (Benevides-Pereira, 2002, p. 21). Esta síndrome tem sido definida como uma resposta ao estresse emocional crônico intermitente. Um profissional que está *burning-out* tem pouca energia para as diferentes solicitações de seu trabalho, desenvolve frieza e indiferença para com as necessidades e o sofrimento dos outros, tem sentimentos de decepção e frustração e comprometimento da auto-estima; pensa frequentemente em mudar de trabalho, sente-se injustiçado ante a carga assistencial que tem que cumprir, não se sente estimulado a se aprimorar profissionalmente e percebe-se não valorizado pela instituição em que trabalha (Rodrigues, 1998; Nogueira-Martins e Ramalho, 2007).

Cada indivíduo tem uma capacidade subjetiva de suportar e administrar as pressões presentes na sua relação com o mundo e com seu trabalho. Quando esta constante moderação chega no limite da negociação interna, dá-se início ao processo de sofrimento (Dejours, 1992).

Para melhor compreensão do estresse profissional, e como também o estresse do paciente pode ser um dos fatores geradores do estresse profissional, apresentamos a seguir um breve levantamento dos fatores estressantes e dos mecanismos de defesa mais comumente utilizados para alívio das angústias geradas tanto nos pacientes como nos profissionais:

Para o paciente, os fatores estressantes podem ser (Botega, 2002):

- Ameaça básica à integridade narcísica (impotência);
- Ansiedade de separação (quebra de rotina);
- Medo de estranhos;
- Culpa e medo de retaliação (sentimentos auto-destrutivos);
- Medo da perda do controle e funções (dependência / limitações / sequelas);
- Perda de amor e de aprovação (dependência / sobrecarga / história familiar);
- Medo da perda ou dano a partes do corpo (imagem corporal);
- Medo da dor e da morte;
- Desgaste pelas condições precárias da rede de saúde;
- Contexto individual de vida.

Os mecanismos mais utilizados pelos pacientes são:

- Negação;
- Regressão;

- Deslocamento/Projeção.

Já no que diz respeito aos profissionais, os fatores estressantes podem ser:

- O contato próximo com a dor e o sofrimento;
- Lidar com a intimidade corporal e emocional;
- O atendimento à pacientes críticos e terminais;
- Lidar com pacientes difíceis: queixosos, hostis e não-aderentes ao tratamento, reivindicadores, depressivos ou apáticos, com sintomatologia psiquiátrica;
- Lidar com as incertezas e limitações do conhecimento médico e do sistema assistencial;
- Lidar com as demandas e expectativas dos pacientes e familiares;
- Estímulos emocionais intensos: piedade, compaixão, amor, culpa, ansiedade, raiva, ressentimentos, identificação;
- Cansaço: plantões e as dificuldades para conciliar trabalho e vida pessoal;
- Fadiga: irritabilidade, desgaste físico e mental, dificuldades para relaxar e dormir;
- O convívio com as hierarquias;
- Relacionamento com equipe multiprofissional.

Os mecanismos negativos de adaptação ao estresse (aspectos disfuncionais) podem ser (Dejours, 1992; Lautert, 1995; Nogueira-Martins, 2002):

- Embotamento emocional / frieza / distanciamento;
- Negação ou minimização dos problemas inerentes à profissão;
- Ironia e irritabilidade / humor depressivo;
- Descuido com sua própria saúde ou vivências hipocondríacas;
- Faltas e abandonos de tarefa;
- Mudanças constantes de unidades ou emprego;
- Aumento da frequência de problemas de saúde;
- Queda de produtividade;
- Conflitos com a equipe.

Vale aqui pontuar que os fatores ambientais não são, por si só, responsáveis pelo desencadeamento do estresse nos profissionais, uma vez que têm como principal aliado, a deficiência na utilização de fatores moderadores, que são mecanismos ou habilidades desenvolvidas pelo indivíduo para enfrentar as tensões resultantes das pressões psicossociais. O mecanismo mais importante é o de enfrentamento ou *coping* , que são esforços de controle, uma resposta ao estresse (comportamental ou emocional) com a finalidade de reduzir os níveis da problemática (Folkman e Lazarus, 1984).

Há dois tipos principais de estratégias:

- *Coping* centrado no problema: relacionado a situações mutáveis
- *Coping* centrado na emoção: relacionado a situações imutáveis

Os mecanismos de *coping* têm como funções:

- modificar a relação entre a pessoa e seu ambiente (*coping* centrado no problema);
- adequar a resposta emocional evocada pelo problema (*coping* centrado na emoção).

As estratégias para reduzir o estresse e a tensão gerados pela tarefa assistencial podem ocorrer em três níveis:

- estratégias individuais (cuidados do sujeito consigo próprio);
- estratégias grupais (grupos de reflexão, grupos Balint);

- estratégias institucionais (programas de capacitação, PNH).

Garroza-Hernández e cols (2002) salientam que as medidas preventivas e as intervenções devem contemplar os profissionais, o contexto ocupacional e a interação do profissional com o contexto ocupacional. De uma maneira geral, os autores recomendam que os profissionais:

- Procurem definir limites pessoais no que diz respeito a tempo e energia, evitando envolvimento excessivo;
- Desenvolvam mecanismos para controlar os estressores ocupacionais, usando sistemas de apoio formal e informal;
- Sejam incentivados a explicitar suas necessidades aos colegas e supervisores, especialmente quando recursos limitados levam à sobrecarga;
- Sejam estimulados a apresentar sugestões e propostas visando a melhoria da atividade e do ambiente de trabalho;
- Mantenham uma relação de equilíbrio entre vida pessoal e profissional, dedicando atenção à família, a atividades físicas e lazer.

Para que seja possível o enfrentamento do estresse profissional, é preciso grande investimento durante o período de formação dos diversos profissionais que compõe o cenário da saúde. Concomitantemente, um outro campo de ação deve ser explorado, que são os cenários das práticas em saúde, sejam eles serviços ambulatoriais ou hospitalares.

Esse investimento visa oferecer conhecimento e informações atualizadas na área de saúde mental, para que tanto estudantes como profissionais desenvolvam suas capacidades, para facilitar a identificação das alterações físicas e emocionais correlacionadas à sintomatologia do estresse, e a discriminação de suas possíveis fontes.

Este campo de conhecimento apresenta importantes interfaces com estudos nas áreas de Psiquiatria, Psicologia, Medicina do Trabalho e Saúde Ocupacional, a respeito dos aspectos relacionados à psicodinâmica tanto daqueles que adoecem, bem como daqueles que cuidam.

A capacitação

Sabe-se da fundamental importância de que o profissional da saúde incorpore o aprendizado e o aprimoramento dos aspectos interpessoais da tarefa assistencial, conhecendo os fenômenos psicológicos que nela atuam. Isso não significa que ele tenha que se transformar em psicólogo ou psicoterapeuta, mas que, além do suporte técnico-diagnóstico, utilize e desenvolva a sensibilidade, para conhecer a realidade do paciente, ouvir suas queixas e encontrar, junto com ele, estratégias que facilitem sua aceitação e compreensão da doença. A adesão ao tratamento é altamente influenciada pela relação que se estabelece entre o profissional e o paciente. E isto vale para todos os profissionais que entram em contato com o paciente, isto é, médicos, enfermeiros, farmacêuticos, nutricionistas, psicólogos, terapeutas ocupacionais, fonoaudiólogos, fisioterapeutas.

Capacitar significa oferecer subsídios para que os profissionais reconheçam em si mesmos, potencialidades e, aprendam a utilizar seus recursos (ferramentas) na prática diária como cuidadores, com intuito de oferecer assistência de qualidade, através da aplicação de conhecimentos técnicos e da ampliação da capacidade de

relacionar-se, seja com pacientes, familiares ou com a equipe de saúde (Sucupira,1982).⁵

A forma como o profissional de saúde entende o processo de adoecimento e as formas de enfrentamento da doença do indivíduo, passa a ser um diferencial na atuação com o paciente hospitalizado. É a valorização deste campo relacional um dos pilares para a construção de uma melhor assistência em saúde, pois reflete a eficácia (qualidade da atenção) dos serviços oferecidos (Dunfield, 1996; Rosenthal & Shannon, 1997). Portanto, focalizar tanto as relações médico x paciente ou equipe de saúde x paciente, é de fundamental importância, para que o paciente sinta-se acolhido, com vínculos de confiança, e motivado para aderir ao tratamento (WHO,1993).

A Humanização da Assistência Hospitalar implica necessariamente num olhar diferenciado, singular para o indivíduo e seu processo de adoecimento. Esta capacidade de ser sensível para conhecer a realidade do paciente, ouvir suas queixas e encontrar, junto com ele, estratégias que facilitem sua adaptação ao momento de vida exigido pela doença, pode ser constitucional do indivíduo, ou poderá ser desenvolvida e treinada. Porém, aqui novamente ressaltamos que a formação dentro de um modelo biomédico é o contexto mais frequentemente encontrado, fator que dificulta o olhar crítico para as formas de relação médico-paciente tradicionais e paternalistas, sendo assim necessária a revisão destas posturas, a fim de se treinar posturas mais ativas e críticas, na busca de uma nova prática.

Esse modelo, mais comunicacional exige a mudança de atitude do médico e dos demais profissionais, no sentido de estabelecer uma relação mais empática, interessada e participativa que ofereça ao paciente a possibilidade de também participar na escolha do tratamento. Será exigente inclusive do ponto de vista emocional, pois acarretará constante movimento de auto-percepção do profissional e o desenvolvimento de estratégias para o enfrentamento das situações emocionalmente difíceis (Ardigò, 1995).

Assim, são importantes medidas para: auxiliar os profissionais a lidar com os aspectos subjetivos da prática assistencial; contribuir para o desenvolvimento de ações de promoção da saúde dos profissionais, levando em conta os fatores estressantes da atividade assistencial; e favorecer as relações do trabalho em equipe. O cuidado com o cuidador é de fundamental importância tanto para a prevenção de disfunções profissionais como para o aprimoramento da atividade assistencial (Nogueira-Martins, 2002b; Ramalho e Nogueira-Martins, 2007).

Os programas de atenção voltados aos trabalhadores da saúde têm como objetivo, oferecer a estes profissionais, suporte técnico na área de Saúde Mental, para lidarem com as vicissitudes do exercício profissional, a exposição constante aos estímulos emocionais resultantes do contato com o adoecer, com o sofrimento e a dor, com o trabalho multiprofissional, e com o estresse pessoal do cuidador (Macedo, 2003).

Este tipo de treinamento, objetiva desenvolver capacidades e habilidades para a percepção e a escuta das várias necessidades dos pacientes e familiares,

⁵ Alguns autores discutem esse termo “capacitação”, argumentando que ele seria inadequado pois implicaria que “estamos (conscientemente ou não) partindo do pressuposto de quem ‘vamos formar’ (os formandos) são incapazes de fazer algo que nós (formadores) somos capazes.” (Monteiro, 2004, p. 10) e que isto implicaria, assim, em uma relação vertical entre o que sabe e o que não sabe. Neste texto, entretanto, utilizaremos o termo capacitação no sentido atribuído por Sucupira (1982).

favorecendo uma abordagem integrada sobre o adoecer. Kleinman et al. (1989) sugerem que o médico procure, via de regra, compreender o modo de vida do paciente e de seus familiares e, em segundo lugar, observe como interpretam a doença. O processo de estabelecimento de relações humanas com os pacientes concorre para desenvolver o sentimento de responsabilidade do médico, bem como melhorar os resultados e a adesão ao tratamento, aumentando o grau de satisfação do paciente.

A consciência da necessidade do desenvolvimento da interação comunicativa entre médico e paciente foi se ampliando nos anos 60 através dos estudos de Psicologia Médica (Schneider, 1994), de análises psicanalíticas da figura do médico (Groesbeck, 1983; Guggenbuhl-Craig, 1983), assim como da experiência dos Grupos Balint ao introduzir a dimensão psicológica na relação médico-paciente (Balint, 1988).

Grupos Balint

Vale lembrar que o pioneiro no trabalho com a subjetividade dos profissionais da saúde foi Michael Balint, psicanalista inglês de origem húngara, que desenvolveu atividades ligadas à capacitação psicológica de médicos na Clínica Tavistock, em Londres, na década de 1940. Iniciou seus trabalhos a partir de pesquisas com grupos de assistentes sociais que atendiam famílias. Essa atividade foi posteriormente estendida para médicos clínicos, visando a compreender e administrar dificuldades de relacionamento que os profissionais encontravam em sua tarefa clínica.

Na época em que muitos médicos generalistas britânicos tinham que atender solicitações reiteradas de pacientes funcionais inscritos em suas listas, Balint passou a coordenar seminários semanais de discussão a respeito dos problemas psicológicos da prática médica (Botega, 1996). Habitualmente participavam dos seminários 14 médicos generalistas e uma taquigrafista que registrava o conteúdo das apresentações dos casos clínicos que eram atendidos pelos médicos. Segundo Balint *“a maneira de falar do médico a respeito de seu paciente, com todas as falhas e inexatidões de seu relato, as omissões, os pensamentos secundários, as adições tardias e as correções, incluindo a seqüência na qual isso foi revelado, contam uma história – semelhante ao conteúdo de um sonho - familiar e facilmente inteligível para nós, analistas. Esta história é aquela, evidentemente, da implicação afetiva do médico, de sua contratransferência”* (Balint, 1988).

As principais contribuições de Balint à Psicologia Médica encontram-se em “O Médico, seu paciente e a doença”, publicado originalmente em 1957 e em “Técnicas Psicoterapêuticas em Medicina”, publicação de 1961. A técnica dos Grupos Balint desenvolveu-se em diversos países, tendo sido criadas em todo o mundo várias associações de profissionais interessados no estudo e divulgação desta técnica. Balint é também muito conhecido pela criação de uma máxima a respeito da prática médica, abaixo reproduzida: *“O remédio mais usado em Medicina é o próprio médico, o qual, como os demais medicamentos, precisa ser conhecido em sua posologia, reações colaterais e toxicidade”*.

Balint (1988), em sua obra, deu ênfase à "aliança terapêutica" que deve existir no vínculo profissional-paciente, como propulsora de um bom atendimento. Conforme esse autor, a técnica, por mais aprimorada que seja, tenderá a ser ou inócua ou alienante, se não for veiculada por uma boa relação profissional-paciente. Para que haja essa boa relação, é necessário que se dê atenção aos

elementos que a compõem que são, ao mesmo tempo, racionais e irracionais, realísticos e irrealísticos, maduros e infantis, conscientes e inconscientes.

O objetivo dos Grupos Balint é de que profissionais de saúde, com o auxílio de um coordenador da área de Saúde Mental reúnam-se em geral uma ou duas vezes por mês, por cerca de duas horas, e apresentem casos para discussão, que deverá ser realizada em um “setting” mais seguro, para que obtenham uma compreensão nova a respeito de seus pacientes e ampliem suas possibilidades terapêuticas (Missenard, 1994).

A função do coordenador no trabalho com Grupos Balint é de oferecer aos médicos uma possibilidade de submeterem seus casos problemáticos a seus pares, analisando as situações, propiciando discussões e mostrando interesse e sensibilidade pela realidade profissional do médico e por seu desenvolvimento profissional. Este tipo de abordagem se preocupa portanto, também com a relação que existe entre o médico e seu paciente, e das interações que se produzem entre as emoções destes dois parceiros, tudo isto que um expressa despertando necessariamente um eco positivo ou negativo no outro.

Cassorla (1994) concebe os Grupos Balint como um recurso pelo qual o médico e o estudante de Medicina passem a se interessar pelo mundo emocional do seu paciente e pelas repercussões que seu modo de vivê-lo acarretam para o processo saúde-doença; como consequência, o médico passaria a interessar-se também por sua própria vida emocional e pela relação humana (em particular, pela relação médico-paciente).

Grupos de Reflexão sobre a Tarefa Assistencial

O Grupo de Reflexão sobre a Tarefa Assistencial (Zimmerman, 1992) é uma técnica que pressupõe que as possibilidades de mudanças nas atitudes estão diretamente ligadas à intensidade das experiências emocionais vividas no decorrer do processo de ensino ou de trabalho. As experiências emocionais ligadas ao exercício profissional, quando compartilhadas em um ambiente afetivo e acolhedor permitem que se reassegure a identidade profissional através da detecção e do enfrentamento dos conflitos.

O trabalho com o Grupo de Reflexão sobre a Tarefa Assistencial constitui, assim, uma instância de reflexão sobre o cotidiano da prática assistencial, com possibilidade de detecção de entraves e pautas estereotipadas de conduta no exercício profissional. O manejo técnico utilizado nesse tipo de grupo consiste em que seu coordenador centralize a discussão no tema que, como um denominador comum, emerge da livre discussão que se estabelece a partir dos relatos das vivências clínicas e assistenciais. O coordenador, através de breves estímulos, colocações e indagações, mercê de uma capacidade de discriminação e síntese, ajuda o grupo a sentir, indagar e incorporar um conjunto de valores que convergem para as atitudes profissionais. O termo ‘re-flexão’ indica que a finalidade precípua do grupo é a de levar o indivíduo a flectir-se sobre si próprio através do pensar e do sentir, e assim levá-lo a ‘aprender a aprender’.

A proposta de ação dentro deste panorama, é de oferecer atividades grupais que propiciem capacitação na área de saúde mental e qualidade de vida para profissionais de saúde, visando a ampliação dos seus recursos pessoais, promovendo a formação de agentes multiplicadores e incentivadores de mudanças de comportamento. Busca-se, assim, a melhoria da qualidade dos serviços prestados aos pacientes, seus familiares, à equipe de saúde e a si próprios, facilitando a identificação das alterações físicas e emocionais correlacionadas à

sintomatologia do estresse, a discriminação de suas possíveis fontes, e a aplicabilidade das estratégias de coping.

Os grupos são formados em virtude de demandas oriundas das equipes de saúde, sendo que a participação pode ser multiprofissional ou por categorias específicas (médicos, residentes, enfermagem, fisioterapeutas, etc.). Quanto ao formato, os encontros, podem ser de duração programada (por exemplo: 4 ou 8 encontros) ou realizados de forma permanente (semanais ou quinzenais), com duração de cerca de uma hora.

Trata-se do uso de uma técnica grupal, que visa induzir que os integrantes do grupo desenvolvam a capacidade de refletir acerca dos fenômenos relacionais. A capacidade para a reflexão implica simultâneo desenvolvimento das capacidades para perceber, sentir, pensar, agir e aprender com a experiência.

Os grupos são coordenados por profissionais da área de saúde mental com habilidades de mediação e trabalho com grupos. Podem ser adotados recursos didáticos como leitura de textos, vídeos e também recursos oriundos da abordagem psicodramática, (Kaufman, 1992; Nogueira-Martins, 2006), com ênfase nos métodos de sociodrama, *role-playing*, teatro espontâneo e jogos dramáticos. Esta forma de ensino vivencial permite que sejam ensaiadas formas distintas de atuação, apresentando a vantagem de evitar que sejam fornecidos modelos prontos e consumados. O sociodrama permite a avaliação da dinâmica grupal e ensaja o trabalho dramático com temas de interesse para o grupo. O *role-playing* tem a função de propiciar aos componentes do grupo, o desempenho dos papéis de 'profissional' e de 'paciente', de modo a fazer um estudo aprofundado da dinâmica da relação entre as duas pessoas que os desempenham. O teatro da espontaneidade permite aos participantes ensaiarem diferentes possibilidades de papel. Os jogos dramáticos são dramatizações empregadas com o fim de proporcionar aos estudantes uma aproximação gradual à linguagem dramática. Segundo Kaufman (1992), esses recursos devem ser combinados com outras formas de atividades, tais como aulas teóricas expositivas, aulas teórico-práticas com dramatizações pedagógicas.

Objetiva-se o treino de percepção situacional, para a identificação e discriminação dos focos problemáticos, quanto :

- ao ambiente de trabalho;
- à tarefa de cuidar, e o contato com paciente e familiares;
- às características de personalidade do cuidador;
- ao trabalho em equipe e os processos de comunicação.

O investimento é feito em direção às possibilidades de resolução dos conflitos, na otimização dos recursos disponíveis para escolher melhores estratégias de abordagem, e no enfrentamento das questões percebidas e discutidas.

O trabalho com grupos de profissionais no contexto hospitalar possibilita:

- Ampliar a visão psicossocial sobre o paciente;
- Diminuir a ansiedade e o estresse da tarefa;
- Facilitar a comunicação entre membros da equipe e desta com seus pacientes;
- Aumentar a capacidade relacional da equipe;
- Favorecer o sentimento de pertença do profissional, diminuindo o risco de isolamento (rede de suporte social);
- Identificar e lidar com questões contra-transferenciais que emergem do contato;
- Melhorar a qualidade de vida do profissional;
- Desenvolver relações de trabalho mais saudáveis, produtivas e colaborativas;

- Investir em fatores motivacionais do profissional;
- Melhorar a auto-estima;
- Reforçar o papel de cuidador;
- Desenvolvendo recursos emocionais para lidar com situações difíceis;
- Treinar a percepção para a relação entre doença física e estado emocional;
- Ampliar as possibilidades de auxiliar o paciente a reestruturar-se e utilizar de forma mais adequada seus mecanismos de enfrentamento;
- Criar recursos para melhorar a adesão do paciente ao tratamento;
- Identificar e tratar precocemente Transtornos Mentais.

Considerações finais

Os processos de capacitação visam possibilitar acesso ao profissional a um tipo de conhecimento baseado não somente na autoridade proveniente da ciência, mas proveniente de uma nova concepção de saber articulado com uma postura de autoridade-submissa, daquele que identifica na condição do paciente um saber decorrente da experiência vivida (Helman, 1994).

Os profissionais da área de saúde, por representarem elementos indispensáveis ao funcionamento do contexto hospitalar, são escolhidos como foco importante para este tipo de intervenção, a fim de aliar à sua formação técnica específica, recursos de natureza psicológica e emocional, para um melhor desenvolvimento das atividades assistenciais (Macedo, 2003).

A criação de espaços institucionais, a fim de facilitar as discussões a respeito das dificuldades de tarefa assistencial, ao desgaste inerente à tarefa de cuidar, e da saúde mental dos profissionais envolvidos, têm sido cada vez mais utilizadas nas instituições de saúde (Nogueira-Martins, 2002).

As abordagens psicossociais integradas em saúde visam distensionar as relações humanas na área, promovendo bem-estar para seus participantes, sejam eles os que adoecem e utilizam os serviços, sejam aqueles que prestam os cuidados. Neste sentido, busca-se que as ações em saúde ganhem em qualidade, fator este que irá repercutir nas várias modalidades de relacionamento existentes no contexto, seja profissional/profissional, bem como profissional/paciente e profissional/familiares, colaborando para a diminuição dos “níveis de estresse” para todos.

A importância de oferecer aos profissionais, oportunidades de desenvolvimento de habilidades, aplicação de mecanismos de enfrentamento (*coping*) das situações mais difíceis, e treinamento de percepção situacional, contribuem para uma política de assistência mais humanizada.

Buscamos, neste capítulo, oferecer alguns elementos e sugestões para o aprimoramento dos profissionais de saúde. Não devemos, no entanto, esquecer que para o aprimoramento do profissional e da interação profissional-paciente é uma das facetas (somente uma delas!) da humanização da assistência. Para a humanização da assistência, são também importantes: contratação de profissionais suficientes para atender à demanda da população; aquisição de novos equipamentos médico-hospitalares; abertura de novos serviços e recuperação e adequação da estrutura física das instituições; revisão da formação dos profissionais com reestruturação dos currículos das faculdades da área da saúde; capacitação permanente dos profissionais (educação continuada); melhoria de

condições de trabalho; melhoria da imagem do serviço público de saúde (Ministério da Saúde, 2001).

Referências Bibliográficas

ARDIGÒ, A. *Corso di Sociologia Sanitaria I Scuola di Specializzazione in Sociologia Sanitaria*. Bologna: Università di Bologna, 1995.

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

BENEVIDES, R.; PASSOS, E. Humanização na saúde: um novo modismo? *Interface* 9(17):389-406, 2005b.

BENEVIDES-PEREIRA, A.M.T. *Burnout: quando o trabalho ameaça o bem-estar do trabalhador*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002.

BETTS, J. *Considerações sobre o que é o humano e o que é humanizar*. 2003. Disponível em: <http://www.portalhumaniza.org.br/ph/texto.asp?id=37>; acesso em 28 fev. 2007.

BOTEGA, N.J. Psicologia Médica, Balint...lembra-se? *Monit. Psiquiatr.*2:1-2, 1996.

BOTEGA, N.J. Reação à doença e à hospitalização. In: BOTEGA, N.J. (org) *Prática psiquiátrica no hospital geral: interconsulta e emergência*. Porto Alegre: Artmed Editora, 2002.

CAPRARA, A.; FRANCO, A.L.S. A relação paciente-médico: para uma humanização da prática médica. *Cadernos de Saúde Pública*, 15(3):647-654, 1999.

CAPRARA, A; LINS, A.; FRANCO, S. A relação paciente-médico: para uma humanização da prática médica. In: DESLANDES, S. (org) *Humanização dos cuidados em Saúde*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2006.

CASSEL, E. The nature of suffering and the goals of medicine. *New England Journal of Medicine*, 306:639-645, 1982.

CASSORLA, R.M.S. Dificuldades no lidar com aspectos emocionais da prática médica: estudo com médicos no início de grupos Balint. *Revista ABP-APAL*, 16 (1):18-24, 1994.

DEJOURS, C. *A loucura do trabalho: estudo da psicopatologia do trabalho*. São Paulo, Ed. Cortez – Oboré, 1992.

DESLANDES, S. F. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. *Ciência & Saúde Coletiva*, 9(1):7-14, 2004.

DUNFIELD, J.F. Consumer perceptions of health care quality and the utilization of non-conventional therapy. *Social Science and Medicine*, 43:149-161, 1996.

GADAMER, H.G. *Dove si Nasconde la Salute*. Milano: Raffaello Cortina Editore, 1994.

GALLIAN, D.M.C. A (re)humanização da Medicina. *Psiquiatria Prática* 33(2):5-8, 2000.

GARROZA-HERNANDEZ, E.; BENEVIDES-PEREIRA, A.M.T.; MORENO-JIMENEZ, B.; BONZALEZ, J.L. Prevenção e intervenção na Síndrome de Burnout: como prevenir (ou remediar) o processo de Burnout. In: Benevides-Pereira, A.M.T. (org) *Burnout: quando o trabalho ameaça o bem estar do trabalhador*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002.

GROESBECK, C.J. A imagem arquetípica do médico ferido. *Junguiana Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Analítica*, 1:72-96, 1983.

GUGGENBUHL-CRAIG, A. *Al di Sopra del Malato e della Malattia*. Milano: Raffaello Cortina Editore, 1983.

HAHN, R. *Sickness and Healing. An Anthropological Perspective*. New Haven: Yale University, 1995

HELMAN, C. *Cultura, Saúde, Doença*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.

KAUFMAN, A. *Teatro pedagógico: bastidores da iniciação médica*. São Paulo: Ágora, 1992.

KLEINMAN, A.; EISENBERG, L. & GOOD, B. Cultura, stato di sofferenza e cure. Lezioni cliniche dalla ricerca antropologica e transculturale. *Sanità Scienza e Storia*, 1:3-26, 1989.

LAUTERT, L. *O desgaste profissional do enfermeiro*. Tese. Faculdade de Psicologia, Universidad de Salamanca, 1995.

LAZARUS, R.S.; FOLKMAN, S. *Stress, appraisal and coping*. New York. Springer, 1984.

MACEDO, P.C.M. A Capacitação do Cuidador. In: DE MARCO, M.A. (org) *A face humana da Medicina*. São Paulo. Ed. Casa do Psicólogo, 2003.

MACEDO, P.C.M. O trabalho em Equipe Multiprofissional. In: DE MARCO, M.A. (org) *A face humana da Medicina*. São Paulo. Ed. Casa do Psicólogo, 2003.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (Brasil). Secretaria de Assistência à Saúde. Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar. Brasília, 2001.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (Brasil). Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização. Brasília, 2003.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Grupo de Trabalho de Humanização. *Cartilha da PNH*. Brasil, 2006.

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

MONTEIRO, P.H.N. Capacitamos ou não? Uma visão sobre as modalidades de formação. *Boletim do Instituto de Saúde* 34:10, 2004.

NOGUEIRA-MARTINS, L.A. A Saúde Mental dos Profissionais de Saúde. In: BOTEGA, N.J. (org) *Prática psiquiátrica no hospital geral: interconsulta e emergência*. Porto Alegre: Artmed Editora, 2002, págs 130-144.

NOGUEIRA-MARTINS, L.A.; NOGUEIRA-MARTINS, M. C. F. O exercício atual da medicina e a relação médico-paciente. *Revista Brasileira de Clínica e Terapêutica*, 24(2):59-64, 1998.

NOGUEIRA-MARTINS, L.A.; RAMALHO, M.A.N. Aspectos psicológicos relacionaos ao profissional: burnout. In: Camarco, B.; Kurashima, A.Y. *Cuidados Paliativos em Oncologia Pediátrica*. São Paulo: Lemar, 2007. págs 187-197.

NOGUEIRA-MARTINS, M.C.F. *Humanização das relações assistenciais: a formação do profissional de Saúde*. 3ª ed. São Paulo, Casa do Psicólogo, 2004.

NOGUEIRA-MARTINS, M.C.F. Oficinas de Humanização: fundamentação teórica e descrição de uma experiência com um grupo de profissionais de saúde. In: DESLANDES, S. (org.) *Humanização dos cuidados em Saúde*. Rio de Janeiro. Ed. Fiocruz, 2006.

PITTA, A.M.F. *Hospital, dor e morte como ofício*. São Paulo. Ed. Hucitec, 1991.

RAMALHO, M.A.N.; NOGUEIRA-MARTINS, M.C.F. Vivências de profissionais de saúde da área de Oncologia Pediátrica. *Psicologia em Estudo*, 2007 (no prelo).

RODRIGUES, A.L. *O "stress" no exercício profissional da Medicina: uma abordagem psicossocial*. Tese de Doutorado, São Paulo: Pontifícia Universidade Católica, 1998.

ROSENTHAL, G.E.; SHANNON, S. E. The use of patient perceptions in the evaluation of health-care delivery systems. *Medical Care*, 35:58-68, 1997.

SCHNEIDER, P.B. *Psicologia Medica*. Milano: Feltrinelli Editore, 1994.

SUCUPIRA, A.C.S.L. *Relações Médico-Paciente nas Instituições de Saúde Brasileiras*. Dissertação de Mestrado, São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, 1982.

TAHKA, V. *O Relacionamento Médico-Paciente*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1988.

URBANO, A.; BÓGUS, C.M.; NOGUEIRA-MARTINS, M. C.F.; ESCUDER, M.M.L. Humanização Hospitalar: um estudo sobre a percepção profissional quanto à humanização das condições de trabalho e das condições de atendimento aos usuários. *Revista Paulista de Enfermagem*, 2007 (no prelo).

WHO (World Health Organization). *Doctor-patient Interaction and Communication*. Geneva: Division of Mental Health, WHO, 1993.

WULFF, H.R.; PEDERSEN, S.A.; ROSEMBERG, R. *La Filosofia della Medicina*. Milano: Raffaello Cortina Editore, 1995.

ZIMERMAN, D.E. A formação psicológica do médico. In: MELLO FILHO, J. *Psicossomática Hoje*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.