



Grupos Balint – Um processo de desenvolvimento profissional contínuo na profissão médica

Ana Rita Gomes Tavares da Fonseca

Tese apresentada à Universidade de Évora
para obtenção do Grau de Doutor em Psicologia
Especialidade: Psicologia do Trabalho e das Organizações

ORIENTADOR : *Prof. Doutor Nuno Rebelo dos Santos*

ÉVORA, DEZEMBRO 2014



INSTITUTO DE INVESTIGAÇÃO E FORMAÇÃO

**Grupos Balint – Um Processo de Desenvolvimento Profissional Contínuo na
Profissão Médica**

Autoria: Ana Rita Gomes Tavares da Fonseca

Orientação: Professor Doutor Nuno Rebelo dos Santos

Dissertação de Doutoramento em Psicologia

Ramo de Psicologia do Trabalho e das Organizações

Universidade de Évora

Agradeço

Ao Professor Doutor Nuno Rebelo dos Santos pela disponibilidade, apoio, dedicação e incentivos constantes.

À Associação Portuguesa de Grupos Balint, na pessoa do seu Presidente, Dr. Jorge Brandão, pela disponibilidade e incentivo e sem o qual teria sido mais difícil a aproximação aos grupos Balint.

A todos os membros dos grupos Balint Portugueses, que acederam participar neste estudo e que me receberam sempre de forma tão disponível e entusiástica. Sem a sua generosidade este trabalho não teria sido possível.

A todos na APF – Associação para o Planeamento da Família, pelo apoio e a compreensão manifestada relativamente às minhas ausências.

Aos meus amigos, que partilharam comigo este percurso, sabendo apaziguar os meus receios, entender as minhas ausências e permitir as minhas presenças mais ausentes.

Aos meus pais que acreditaram sempre.

À minha irmã pelo apoio incondicional.

Ao Luís, que acreditou sempre, tantas vezes mais do que eu, e todos os dias me ensina uma nova faceta do companheirismo e apoio incondicional.

Índice Geral

Resumo	10
Abstract	11
Introdução	12
Revisão da Literatura	19
1 Desenvolvimento Profissional Contínuo na Profissão Médica	20
1.1 Evolução da medicina e desafios à profissão médica.	20
1.2 Da Educação médica contínua ao desenvolvimento profissional contínuo	36
1.3 A Relação Médico-Doente	40
1.4 Desenvolvimento de competências na relação médico-doente.....	58
2 Grupos Balint como Processo de Desenvolvimento Profissional Contínuo	69
2.1 Grupos Balint: caracterização e evolução.....	69
2.2 Estado da arte sobre Grupos Balint: o percurso da investigação e desafios atuais.....	84
Estudo Empírico	113
3. Método	113
3.1 Aspetos gerais	113
3.2. A entrevista	117
3.3 Os participantes	142

3.4. Aspectos deontológicos.	147
3.5 Aspectos sobre validade, confiabilidade e transferibilidade.	150
4. Processos de Categorização e Resultados.....	155
4.1 Aspectos gerais do procedimento.	155
4.2. Sistema de categorias.....	160
Resultados e Discussão.....	218
5. Análise das Questões de Investigação	218
5.1 Resposta à questão de investigação 1.	218
5.2 Resposta à questão de investigação 2.	228
5.3 Resposta à questão de investigação 3.	253
5.4. Resposta à questão de investigação 4.	288
6 Limitações e Investigações Futuras	303
Conclusão	306
Referências Bibliográficas.....	317
ANEXOS	342

Índice de Abreviaturas

Abreviatura	Definição
-------------	-----------

GB's	Grupos Balint
------	---------------

EMC	Educação Médica Contínua
-----	--------------------------

DPC	Desenvolvimento Profissional Contínuo
-----	---------------------------------------

APGB	Associação Portuguesa de Grupos Balint
------	--

MGF	Medicina Geral e Familiar
-----	---------------------------

SNS	Serviço Nacional de Saúde
-----	---------------------------

Índice de Tabelas

Tabela 3.1_Relação das questões de investigação com as perguntas do guião da entrevista.....	140
Tabela 3.2_Distribuição dos participantes pelos GB's consoante o género e a idade	144
Tabela 3.3_Distribuição dos participantes pelos GB's consoante a carreira e especialidade.....	145
Tabela 4.1_Categoria (1) – conceito de GB	166
Tabela 4.2_Categoria (2) – funções e desempenho dos facilitadores.....	170
Tabela 4.3_Categoria (3) – momentos mais significativos. subcategoria (3.1) – dimensão temporal.....	177
Tabela 4.4_Categoria (3) – momentos mais significativos. subcategoria (3.2) – dimensão conteúdo.	181
Tabela 4.5_Categoria (4) – mudanças no grupo	185
Tabela 4.6_Categoria (5) – Experiências menos positivas.....	190
Tabela 4.7_Subcategoria (6.1) – Motivação para a participação.....	195
Tabela4.8_Subcategoria (6.2) – motivação para o abandono.....	199
Tabela 4.9_Subcategoria (6.3) – motivação para a não integração.	202
Tabela 4.10_Categoria (7) – impacto dos GB's.	208
Tabela 4.11_Categoria (8) – enquadramento institucional dos GB's.....	216
Tabela 5.1_Conceções de grupos Balint por participante.	219

Tabela 5.2_Motivação para a participação.	229
Tabela 5.3_Motivação para a participação dos facilitadores.	230
Tabela 5.4_Importância curricular e tempo de frequência em GB's.	232
Tabela 5.5_Motivação para participação de médicos especialistas e interno ...	236
Tabela 5.6_Motivações para a participação e definição.	241
Tabela 5.7_Motivações para a participação nos casos de concepção única.	241
Tabela 5.8_Motivações para o abandono dos GB's.	243
Tabela 5.9_Motivação para a não integração em GB's.	249
Tabela 5.10_Funções dos facilitadores.	255
Tabela 5.11_Momentos mais significativos – dimensão temporal.	261
Tabela 5.12_Momentos mais significativos- dimensão conteúdo.	265
Tabela 5.13_Momentos mais significativos-dimensão temporal e dimensão conteúdo.	269
Tabela 5.14_Experiências menos positivas.	271
Tabela 5.15_Experiências menos positivas e motivação para o abandono.	276
Tabela 5.16_Mudanças no grupo.	282
Tabela 5.17_Enquadramento institucional e função dos membros dos GB's. ...	287
Tabela 5.18_Impacto diferencial participantes e facilitadores.	289
Tabela 5.19_Concepções únicas e múltiplas quanto ao impacto.	292
Tabela 5.20_Motivação para a participação e impactos.	293
Tabela 5.21_Apenas uma motivação para a participação e impactos.	295

Tabela 5.22_Mudanças no grupo e impactos.	296
Tabela 5.23_Impactos percebidos e tempo de frequência em GB's.....	298
Tabela 5.24_Tema e complexidade dos casos e tempo de frequência em GB	300
Tabela 5.25_Momentos mais significativos (dimensão conteúdo) e impactos.	301

Resumo

A Humanização da saúde é hoje um desafio, da qual faz parte, entre outros, a relação médico-doente. A formação pré-graduada, a educação médica contínua e o desenvolvimento profissional contínuo dos médicos são veículos privilegiados para a aquisição e desenvolvimento de conhecimentos e competências com impacto nesta relação. Os grupos Balint baseiam-se na discussão de casos, permitindo aos médicos trabalhar sobre a sua atividade relacional com os doentes. A investigação empírica sobre estes grupos é escassa e fragmentada. O objetivo deste trabalho é caracterizar os grupos Balint dirigidos a médicos, em Portugal. Numa investigação empírica qualitativa realizámos 31 entrevistas a membros de grupos Balint em Portugal. A sua análise qualitativa de conteúdo conduziu-nos à elaboração de 17 proposições teóricas que foram contrastadas com a literatura existente. Os resultados evidenciam o papel destes grupos enquanto processos de desenvolvimento profissional contínuo na profissão médica, e as limitações da sua utilização.

Abstract

Balint Groups – A process of Continuous Professional Development in the Medical Profession

Today the humanization of health is a challenge, as part of this, among others, we have the patient-physician relationship. The undergraduate training, continuing medical education and continuing professional development of physicians are privileged means to acquire, develop knowledge and skills that have an impact on this relationship.

The Balint groups are based on case discussion, allowing physicians to work on their relational activity with patients. Empirical research on these groups is scarce and fragmented. The purpose of this work is to characterize the Balint groups targeting physicians, in Portugal. We conducted a qualitative empirical research, interviewing 31 members of Balint groups in Portugal. The qualitative analysis led us to the development of 17 theoretical propositions that were compared with the existing literature. The results highlight the role of these groups as part of the process of continuing professional development in the medical doctor profession, and the limitations of its use.

Introdução

O presente trabalho tem como objetivo caracterizar os Grupos Balint (GB's) enquanto processo de desenvolvimento profissional contínuo, nomeadamente os Grupos dirigidos a médicos e em funcionamento em Portugal.

Os GB's nascem em Inglaterra na década de 50, do séc. XX, através do seu fundador Michael Balint, médico e psicanalista húngaro emigrado para Inglaterra pouco tempo antes do início da 2ª Grande Guerra. Hoje encontram-se disseminados globalmente e consistem fundamentalmente em Grupos de discussão de casos, onde é possível treinar e desenvolver competências da relação médico-doente. Embora estes Grupos tenham sofrido algumas alterações desde a sua génese, mantêm a sua capacidade de suporte à atividade relacional dos médicos (Balint, M., Balint & Goslig, 1966; Balint, 1957/1998; Balint & Norell, 1973/1998; Brandão, 2007; Lambert, 2010; Lustig, 2006; Jablonski, Kjeldmand & Salinsky, 2013; Sackin & Salinsky, 2004; Salinsky 2003, 2007).

Hoje é possível encontrar Grupos que utilizam o método Balint dirigidos a outros profissionais, e até grupos multiprofissionais (Bobay, 2003) que têm também uma forte componente relacional no seu desempenho profissional, como psicólogos, enfermeiros e até clérigos (Seixas, 2007; Bryant, 2007; McGroarty, 2011; Sternlieb, 2011). Encontramos ainda grupos de inspiração Balintiana e por isso considerados grupos “tipo Balint” (Smith, Litts, Robbiano, Hoin, Nathan & Bont, 1993; Drees; 2003; Nease, 2007; Bachmann, 2009). São espaços de aprendizagem utilizados por estudantes de medicina, fundamentalmente integrados em programas de internato, sendo alguns de carácter obrigatório (Das, Egleston, El –Sahed, Middlemost, Pal & Williamson, 2003;

Fitzgerald & Hunter, 2003) mas também, como desde a sua origem, por médicos especialistas (na sua maioria, em medicina geral e familiar) durante a sua vida profissional ativa (Balint, 1957/1998; Balint & Norell, 1973/1998; Kjeldmand, 2006; Lustig, 2006; Veress, Pantea & Veress, 2007; Sackin & Salinsky, 2004).

Tendo por objetivo caracterizar estes Grupos enquanto processos de desenvolvimento profissional, importa notar que consideramos a educação médica contínua como o conjunto de atividades pedagógicas disponíveis aos médicos especialistas para que se mantenham atualizados face às últimas evoluções científicas. Complementarmente, consideramos como desenvolvimento profissional contínuo o conjunto de atividades desenvolvidas pelo profissional médico que contribuem para a manutenção, melhoria e expansão dos seus conhecimentos e competências, ao longo da sua vida profissional ativa, bem como a promoção do desenvolvimento de características pessoais necessárias a um bom desempenho médico. No desenvolvimento profissional contínuo o cerne são as pessoas, os profissionais cujas aprendizagens devem basear-se nos próprios objetos do seu trabalho (EQUIP & EURACT, 2002; Matos-Ferreira, 1994; Matos-Ferreira, 2007; Gomes, 2008a; Serra, 2008). Os GB's são assim entendidos como um meio de aprendizagem contínua, promotores de reflexão e bem-estar entre os médicos.

Os GB's são considerados benéficos para os médicos por estarem associados ao desenvolvimento de competências necessárias ao estabelecimento e manutenção da relação médico-doentes (Adams, O'Reilly, Rom & James, 2006; Cataldo, Peedon, Geesy & Dickerson, 2005; Brandão, 2007; Johnson, Brock, Hamadeh & Stock, 2001; Kjeldmand & Holmström, 2010; Nease, Margo & Floyd; 2007), bem como associados a efeitos positivos nos médicos, relacionados com o aumento do grau de satisfação com a

profissão e proteção quanto a síndromes de fadiga e burnout (Benson & Magraith, 2005; Bobay, 2003; Fairhurst & May, 2006; Kjeldmand, Holmström & Rosenqvist, 2003; Kjeldmand & Holmström, 2008; Strümpfer, 2003). Considerando estes efeitos positivos e a importância do desenvolvimento profissional médico, procurar um melhor entendimento dos GB, como funcionam e que impacto têm nos profissionais, é investir na motivação destes profissionais, na sua satisfação com a profissão, e de uma forma geral contribuir para que tenham disponíveis instrumentos que lhes permitam o aperfeiçoamento e desenvolvimento de competências, com base naquela que é a sua prática médica. Isto parece especialmente pertinente numa altura em que as Faculdades de Medicina têm, de novo, que investir na capacidade de os médicos cuidarem dos doentes e não serem apenas e exclusivamente capazes de os tratarem (Machado; 2013). Mediante as alterações substanciais a que temos assistido na Medicina, nas organizações de saúde e no financiamento das instituições de saúde e educação, torna-se necessária uma reflexão atenta sobre a educação e o desenvolvimento médico (e Fernandes, 2014).

Conhecer melhor os GB's enquanto processos de desenvolvimento profissional contínuo na profissão médica é investir em educação e em saúde, dois dos pilares da sociedade atual e contribuir para a existência de sinergias entre ambas. Além disso não existe qualquer investigação empírica sobre os GB's em Portugal.

Promover o desenvolvimento profissional contínuo dos médicos é investir no sucesso das políticas de educação e das políticas de saúde (e Fernandes, 2014) que se refletem em toda a sociedade. Como referem dos Santos & Pais (2015) o desenvolvimento (pessoal e profissional) dos colaboradores de uma organização é um dos mais fortes estímulos para atingir desempenhos mais eficazes. Assim, é claramente pertinente conhecer detalhadamente e investir nos processos que podem ser utilizados

pelos profissionais e garantir que estes estão à sua disposição. Organizações de saúde mais eficazes e capazes de prestar serviços de melhor qualidade, significam melhorias nos cuidados de saúde a que a população em geral tem acesso.

O rápido e acentuado desenvolvimento tecnológico tem contribuído para o surgimento de novas abordagens à medicina, à prática médica e à relação médico-doente (Bensberg, 2007; Carrió, n.d.; Chin, 2002; Filho, 2007; Jayadevappa & Chhatre, 2011; Macedo & Azevedo, 2009; Mead & Bower, 2000; González & Dorantes, 2007; Silva, 2010). As expectativas da sociedade perante o desempenho médico e a imagem que detêm do profissionalismo da classe têm sofrido mudanças profundas. As necessidades dos profissionais mudaram também e os contextos onde operam sofreram grandes transformações (Cohen, Cruess & Davidson, 2007; Cruess, R., Cruess & Johnston, 2000; Cruess, S., Johnston & Cruess, 2002; Lobo Antunes, 2003; Lobo Antunes, 2012; Marques, 2005; Paúl & Fonseca, 2001; Williams, Cantillon & Cochrane, 2001; Sox, 2002). Se os desafios que são continuamente lançados aos médicos têm sofrido transformações, é então necessário também compreender se os GB's têm mudado e que contornos deve assumir esta mudança (Salinsky, 2007).

Apesar de todas as indicações quanto aos benefícios dos GB's no desenvolvimento de competências, com repercussão na relação médico-doente, são necessárias evidências empíricas, nomeadamente provenientes de estudos, onde os investigadores não sejam também eles médicos integrados em GB's e por isso muito motivados para que os resultados apenas revelem o que de mais positivo estes Grupos possuem ou despertam em quem neles participa (Kjeldmand, Jablonski & Salinsky, 2013). É necessário explorar as suas facetas eventualmente menos positivas, e para isso será útil conhecer as experiências individuais dos membros dos Grupos (as positivas e

as negativas). De uma forma geral parece ter-se assumido que os GB's são sempre eficazes. São praticamente inexplorados os motivos para a desistências, ou as razões que levam a que não sejam maior número os participantes dos Grupos (Kjeldamnd et al, 2013). Os facilitadores parecem não se focar muito nas desistências e estas são tendencialmente atribuídas a questões práticas, como constrangimentos ao nível da gestão do tempo (Kjeldmand & Holmström, 2010). Mas a verdade é que as desistências ocorrem.

É importante que os médicos conheçam as características dos GB's para que possam eventualmente decidir juntar-se a eles. É também importante que conheçam outros processos de desenvolvimento profissional, de forma a que o seu processo de tomada de decisão seja suportado e permita que escolham o(s) processo(s) de desenvolvimento que consideram adequar-se melhor aos seus objetivos, disponibilidade e às suas características pessoais (Kjeldmand et al. 2013).

É porém igualmente importante que diferentes processos de desenvolvimento profissional estejam acessíveis aos profissionais médicos, pelo que se torna premente que os decisores políticos também eles, sejam detentores de informação e conhecimento acerca dos GB's (Matos-Ferreira, 2007). Assim, é necessário um conhecimento mais detalhado dos GB's, tanto no que concerne ao seu funcionamento geral, como também relativamente a aspetos específicos que podem influenciar a sua eficácia enquanto processos de desenvolvimento profissional utilizados por médicos. Mais especificamente no que concerne à realidade Portuguesa, isto é particularmente importante, visto que no nosso país não existe qualquer estudo empírico sobre esta temática, como já referimos.

Para cumprir o objetivo apresentado, foi elaborada a presente tese que se divide em duas partes fundamentais. A primeira consiste na revisão da literatura e está dividida em dois capítulos, o primeiro sobre desenvolvimento profissional contínuo na profissão médica, o segundo sobre os GB's enquanto processos de desenvolvimento profissional contínuo. No primeiro, observamos a transformação da arte médica na ciência médica, refletimos sobre as implicações desta transformação no desempenho médico e fundamentalmente na forma como a medicina passa a olhar o doente e o médico, o que resulta em diferentes abordagens quanto à relação entre ambos. Demoramo-nos na análise da abordagem centrada no paciente e enquadrámos a educação médica contínua e o desenvolvimento profissional contínuo à luz dos diferentes modelos médicos que afirmamos co-existirem.

No segundo capítulo é feita uma revisão da literatura existente sobre os GB's, tanto do ponto de vista conceptual como ao nível da investigação empírica, salientando as evoluções do método e dos conceitos que lhe são inerentes, bem como os principais desafios colocados à investigação.

A segunda parte deste trabalho descreve o estudo empírico realizado, um estudo qualitativo com 31 entrevistas a membros de GB's portugueses. Assim, no terceiro capítulo do presente trabalho são tornados explícitos todos os procedimentos inerentes à formulação do guião da entrevista, ao estabelecimento de contactos com os membros dos GB's e à caracterização dos participantes na investigação. Justificamos as opções metodológicas tomadas e são descritas as orientações gerais para a realização das entrevistas e a forma como estas foram realizadas. Ainda neste capítulo tecemos algumas considerações sobre a validade do presente estudo e fazemos notar todos os aspetos deontológicos que orientaram a realização deste.

O quarto capítulo deste trabalho, que se refere também ao estudo empírico, apresenta os dados e a sua análise. Apresentamos o primeiro nível de resultados encontrados no formato de categorias estruturadas numa árvore, que descrevemos detalhadamente, na tentativa de contribuir para um conhecimento mais profundo sobre os GB's e de permitir explorar aspetos ainda não abordados em investigações empíricas prévias.

O quinto capítulo remete para a discussão dos resultados apresentados. Neste capítulo realizamos uma análise mais detalhada dos resultados encontrados e formulamos um conjunto de novas proposições teóricas, que esperamos contribuam para uma caracterização dos GB's dirigidos a médicos, em funcionamento no País e para um conhecimento mais alargado e detalhado sobre os GB's em geral. Acreditamos também que estas proposições poderão constituir desafios para investigações futuras, pelo que é no final deste capítulo que tecemos algumas considerações quanto a estas possíveis investigações.

Por fim, apresentamos a conclusão deste trabalho de investigação, seguido das referências bibliográficas e dos anexos usualmente incluídos num trabalho desta natureza.

Revisão da Literatura

Sendo objetivo do nosso trabalho caracterizar os GB's na profissão médica, enquanto processo de desenvolvimento profissional contínuo, dedicamos este primeiro capítulo à revisão da literatura e análise crítica sobre o desenvolvimento profissional contínuo nesta profissão. São fundamentalmente quatro os pontos que serviram para organizar a nossa reflexão: (1) A evolução da medicina e dos paradigmas vigentes, que consequentemente se foram traduzindo em novos desafios à profissão médica e aos seus profissionais; (2) A educação médica contínua e o desenvolvimento profissional contínuo enquanto movimentos que nos permitiram enquadrar os GB's como processos de desenvolvimento profissional; (3) A relação médico-doente (foco de trabalho dos GB's) e os diferentes modelos que a consubstanciam (sendo que daremos especial ênfase à abordagem centrada no paciente por ser a que enquadra o surgimento e desenvolvimento dos GB's); (4) E, por fim, o desenvolvimento de competências consideradas fundamentais na relação médico-doente, nomeadamente as competências emocionais e comunicacionais, que a literatura refere serem competências desenvolvidas no âmbito dos GB's.

Consideramos que este é um enquadramento necessário, na medida em que o presente trabalho, pretende caracterizar os GB's, identificando as razões que levam os médicos a frequentarem os GB's e conhecendo os impactos que os membros atribuem à frequência destes grupos, nomeadamente no que concerne à relação que estabelecem e mantêm com os seus pacientes.

1 Desenvolvimento Profissional Contínuo na Profissão Médica

1.1 Evolução da medicina e desafios à profissão médica

1.1.1 Evolução dos paradigmas da medicina

É extraordinária a evolução da Medicina desde tempos ancestrais até à atualidade. O progresso, muito associado à evolução do conhecimento científico e tecnológico, está também relacionado com as transformações económicas e sociais globais. Contudo, essas transformações, como as melhorias substanciais ao nível da educação, nutrição e condições de higiene nem sempre têm sido promotoras de inclusão.

Segundo Lobo Antunes (2012), toda esta evolução e eventualmente todas as transformações que a medicina ainda viverá poder-se-ão explicar pela “necessidade de uma adaptação «darwiniana» ao avanço científico e tecnológico, a uma nova ecologia económica, social e até moral e, certamente, a outras exigências de uma população cada vez mais informada sobre o poder da arte médica” (p.10).

Se por um lado podemos olhar a história da medicina enquanto um percurso evolutivo do saber e da prática clínica, outra forma possível de análise deste mesmo percurso poder-se-á focar nos conceitos de doença e do acontecimento a ela associado de adoecer, conceitos estes que também foram evoluindo, influenciados e influenciando o paradigma vigente.

Enquanto arte médica, a medicina tinha apenas por base construções teóricas de fundamento meramente filosófico. A arte do médico baseava-se na capacidade que detinha de observar a realidade e dependia da sua capacidade de a interpretar e generalizar os seus conhecimentos/interpretações. Conforme define Nuno Grande (Paúl

& Fonseca, 2001), a medicina vivia uma Fase Empírica na medida em que “era feita na base do que se chamava a experiência, era o sentido analógico que funcionava, via-se um caso e tratava-se de uma maneira, quando se via um caso parecido aí chamava-se à experiência, a minha experiência...” (p. 22). Durante este período a prática médica esteve alicerçada “na arte de ouvir e examinar o homem doente, como fundamento único da terapêutica aconselhada” como afirma Paulo Mendo, no livro de Hélder Machado (2003).

Perante a evolução do saber e da prática clínica, nomeadamente através do trabalho de Comte e influenciada pelo positivismo de Decartes, a ciência e neste caso específico a Medicina enquanto ciência, surge baseada e motivada pela crença de que é necessário questionar. A existência da dúvida sobre um determinado fenómeno é entendida como primeiro passo para atingir o conhecimento. Assim, a medicina passa a definir-se pelo estudo dos factos que, exatamente em oposição às crenças, podem ser devidamente observados e através dos quais se enunciam e disseminam leis gerais de funcionamento do universo.

Num exercício de análise crítica à profissão médica, e ao visitar as principais obras e descobertas que permitiram à Medicina assumir-se como científica, Lobo Antunes (2003) identifica o Paradigma Morfológico, que atribui a Rudolf Virchow por este ter introduzido o conceito da célula enquanto elemento mais pequeno da vida e abrigo de todos os processos vitais normais e patológicos. Sobre este primeiro paradigma científico da prática escreve que este é “essencialmente visual e a sua prova científica depende da evidência colhida visualmente. Aliás, a inspeção foi sempre um passo fundamental na colheita semiológica, mas todo o concerto dos sentidos foi chamado a participar na interrogação do corpo doente” (Lobo Antunes, 2003, p. 79). A

terapêutica medicamentosa era reduzida e pouco eficaz, tal como os meios auxiliares de diagnóstico, que eram praticamente inexistentes. A capacidade de intervenção cirúrgica era pouca e o sucesso destas intervenções muito limitado, condicionantes que norteavam um comportamento médico sustentado no exame e recolha minuciosa de informações junto do paciente, privilegiando-se o conhecimento sobre o doente para melhor o ajudar na cura. No entanto, estava iniciado o percurso no caminho para a criação de uma medicina científica.

Com o desenvolvimento da investigação e o suporte de outras ciências, nomeadamente da biologia molecular, a medicina entrou, principalmente no período do pós II Grande Guerra, numa Fase Biomédica. Nuno Grande descreve-a como o período em que as interpretações eram de carácter científico, as pessoas começaram a juntar as doenças e os doentes, um pouco na base da ideia de que as doenças tinham uma causa. Se combatêssemos a causa combatíamos a doença, pensávamos. Este raciocínio, que é um raciocínio de base científica, esteve na base de todo o progresso da medicina, sobretudo a seguir à descoberta dos antibióticos (Paúl & Fonseca, 2001, p. 22).

Hoje, e desde o final da década de 70, do século XX, e ainda segundo Nuno Grande (Paúl & Fonseca, 2001), assiste-se a um processo de valorização do indivíduo e a preocupação já não é só com a causa da doença, é igualmente com a forma de ser, estar e pensar da pessoa, pois a doença é agora encarada com um facto aleatório e eventualmente transitório que não define quem a tem. É a mudança nesta forma de olhar para o doente, a doença e para o papel do médico, que leva a que o autor designe esta como a Fase Sociofilosófica, em que se torna indispensável conhecer o indivíduo doente e a(s) realidade(s) em que está integrado.

Contudo, esta distinção parece ainda não estar generalizada por entre os que pensam e vivem a prática médica. Para muitos a medicina continua a viver uma Fase Biomédica. Nesta, a passagem da arte médica para a ciência médica foi-se tornando possível, devido ao desenvolvimento vertiginoso e substancial das ciências biológicas, da eficácia das terapêuticas, da diminuição extraordinária das complicações associadas às cirurgias que se tornaram incomparavelmente mais seguras. Estas mudanças permitiram, sobretudo desde os meados do Séc.XX, uma diminuição da importância diagnóstica da prática de ouvir e examinar, a favor da utilização de todo um vastíssimo leque de opções de métodos auxiliares de diagnóstico em que a importância das informações fornecidas por máquinas, ou através de dados laboratoriais, substituem quase exclusivamente a capacidade de o médico observar e ouvir o doente. A medicina clínica tornou-se claramente mais eficaz, mas também “mais distante do seu doente, esquecida tantas vezes que a doença faz sempre parte do ser humano que a sofre” como escreve Paulo Mendo no prefácio ao livro de Hélder Machado (2003). No entanto, apesar da ainda supremacia desta Biomedicina, fundamentalmente baseada no largo desenvolvimento tecnológico, coexistem hoje diferentes modelos ou modalidades epistemológicas, como a Medicina Molecular e a Genómica, a Medicina Personalizada, a Medicina Baseada na Evidência ou a Medicina Narrativa.

Não nos debruçaremos de forma pormenorizada por estas diferentes abordagens, por considerarmos que não é esse o intuito do nosso trabalho. Faremos, contudo, breves referências que nos permitam conceptualizar estas diferentes áreas e nos possibilitem, fundamentalmente, partir para a análise dos desafios que cada uma delas coloca aos profissionais médicos, aos doentes e à relação que estabelecem entre si. Fazemo-lo

porque assumimos, neste trabalho, o conhecimento da relação médico-doente como um aspeto nuclear para a boa prossecução dos objetivos desta investigação.

A Medicina Molecular e a Genómica é a representação máxima do grande avanço científico da biomedicina, contudo parece estar ainda longe de conseguir corresponder às expectativas, sendo que as implicações na saúde das populações continuam ainda a ser modestas (Lobo Antunes, 2003, 2012). São os diagnósticos resultantes da Medicina Genómica e a expectativa de que estes se generalizem, que permitiram a emergência de uma nova abordagem: a Medicina Personalizada, que segundo o site do Center for Personalized Genetic Medicine from Harvard Medical School (n. d., para.1) se define como “a capacidade de determinar as características moleculares únicas do indivíduo e usar essas diferenças genéticas para diagnosticar com mais precisão a doença de um indivíduo, selecionar tratamentos que aumentam as hipóteses de um resultado positivo e reduzir possíveis reações adversas “. No fundo, o diagnóstico é o único objetivo, através da avaliação do tratamento adequado para cada paciente em particular e na hora certa. Esta é uma abordagem que incorpora um modelo médico, em que o indivíduo tem primazia perante a sociedade. Perseguido o padrão que “Prevenção é a cura”, esta é uma abordagem que investe totalmente no indivíduo, mas no indivíduo puramente genético, com vista a uma prevenção que se baseia na erradicação da doença através de intervenções precoces, adaptadas à biologia do indivíduo, e que se baseiam nas probabilidades matemáticas da ocorrência da doença. “A medicina personalizada é também a capacidade para prever a suscetibilidade de um indivíduo perante as doenças, e assim tentar moldar intervenções que podem ajudar a evitar ou reduzir a extensão em que um indivíduo irá experimentar uma doença” (Center for Personalized Genetic Medicine from Harvard Medical School, n.d., para.1).

A Medicina Personalizada é assim uma medicina centrada no indivíduo e quase exclusivamente no património genético de cada um, sempre com o objetivo de um diagnóstico, que pode inclusivamente ser referente a uma doença que não se tenha ainda revelado e que é impossível garantir que se venha a revelar.

A Medicina Baseada na Evidência é uma outra das abordagens decorrentes da evolução tecnológica e científica na Medicina e consiste na avaliação e utilização consciente e crítica da literatura médica, através de uma procura contínua e permanente por novos conhecimentos, aplicando-os aos processos de tomada de decisão intrínsecos à prática médica (Henry, Zaner & Dittus, 2007; Moreno, Caixinha, Matos & Fevereiro, 1998; Veloso, 2005). O objetivo é desenvolverem-se protocolos ou “guidelines” que, ainda que úteis, promovem a tendência para ignorar a experiência pessoal e adquirida por cada médico (Veloso, 2005). Além disso esta abordagem assumidamente ignora a singularidade do indivíduo, do ponto de vista biológico, psicológico e cultural (Lobo Antunes 2003, 2012).

Apesar dos benefícios que indiscutivelmente advêm de uma busca contínua por novos conhecimentos, o progresso da tecnologia (e não só com aplicação na medicina, como também, por exemplo, na comunicação) bem como a globalização potenciaram um paradoxo ao nível da decisão médica. Se por um lado a informação nunca é de mais, por outro é humanamente impossível dominar todo o novo conhecimento que é produzido ao nível global e, por isso, a única evidência passa a ser a de um conhecimento imperfeito que estará sempre na base de qualquer decisão médica. (Lobo Antunes, 2012). A convicção que sustentava as diferentes intervenções clínicas é agora abalada pela incerteza criada na certeza de um conhecimento que nunca será total, e que a cada segundo se torna mais incompleto (Lobo Antunes, 2003).

Consideramos que “o ato médico é incompatível com o reducionismo e com a geneticização do vivo (da saúde e da doença), porque a clínica tem, sempre, espessura antropológica e é, sempre, experiência humana pregnante de sentido” (Marques, 2005, p.353). Consideramos também que “na prática os clínicos mais maduros caminham por outros atalhos e o diagnóstico é feito por comparação com padrões sintomáticos e tipologias clínicas previamente reconhecidos e armazenados, que refletem, simplesmente, a experiência de cada um, traduzida em expressões pitorescas como «olho» ou «faro clínico»” (Lobo Antunes, 2003, p.83). É portanto impossível ignorar que a experiência e o reconhecimento como perito daquele que mais experiência acumulada tem, é hoje algo muitas vezes sub-valorizado (e difícil de assumir enquanto profissional médico) à luz das “evidências” que valorizam o grupo e extrapolam para o indivíduo.

Por fim gostaríamos de salientar a Medicina Narrativa, um modelo de prática médica que, segundo a sua fundadora Rita Charon, é a medicina praticada com competência narrativa enquanto capacidade de reconhecer, absorver, interpretar e agir sobre as histórias dos outros, aliado à capacidade de ser tocado pelas histórias dos doentes e das suas doenças (Charon, 2001; Lobo Antunes, 2012).

Esta é uma medicina que surge como reação a uma ideia vigente no seio da área médica em que se assume saber o suficiente sobre o corpo (reduzindo o seu estudo às diferentes partes que o compõem) e por isso não ser necessário saber nada sobre o habitante deste mesmo corpo – a pessoa humana. Uma medicina que auxiliada pelos recursos da Imagiologia, parece de forma enganosa deixar tudo a descoberto para médicos e doentes, facilitando a desvalorização da história que acompanha aquele

corpo. Esta desvalorização é muitas vezes justificada pela falta de tempo para ouvir (Charon, 2005; Lobo Antunes, 2012).

Ouvir o paciente, e a história que conta, não é contudo uma ideia inovadora. Osler, fundador da medicina clínica de base científica, no final do século XIX, já afirmava “ouve o doente”, e Michael Balint, na década de 50 do século XX salienta a importância da relação médico-doente e refere a necessidade de os clínicos serem capazes de recolher e dar valor “às informações relevantes”, não se cingindo no conteúdo e na forma à recolha da história médica, numa sequência de questões rigidificada (Balint, 1957/1998).

1.1.2 Desafios à profissão e ao profissionalismo médico

Mediante tantas transformações na forma de pensar e viver uma arte que, empolgada pela ciência, potencializou a sucessão e coexistência de tão diferentes paradigmas, muitos foram e são os desafios colocados à profissão médica e ao profissionalismo dos seus praticantes. São variadas as definições de profissão, contudo, de uma forma geral relacionam-se com vocação, conhecimento, implicam a pertença a um grupo social e a existência de relação com outros grupos (sociedade em geral). Estes grupos de pertença, são aquilo a que, no caso de o exercício da profissão ser condicionado à obtenção prévia de habilitações superiores (como na Medicina), chamamos atualmente *ordens profissionais*. Sobre elas recaem grandes responsabilidades diretamente relacionadas com o acesso à profissão e ao seu exercício, a garantia de qualidade no exercício da prática, nomeadamente através da elaboração de normas técnicas e deontológicas específicas e um regime disciplinar autónomo e de regulação da profissão (Cruess, R., Cruess & Jonhston, 1999).

Quanto à relação com a sociedade no geral, assume-se que os profissionais usufruem de uma considerável autonomia, poder e prestígio, bem como retribuições financeiras associadas à exclusividade do uso dos conhecimentos que detêm, garantindo em troca, competência, um serviço altruísta e moralidade e integridade na gestão e exercício da sua prática (Cruess, R. Cruess, & Johnston, 2000; Cruess, S., Johnston & Cruess, 2002). No que concerne à vocação, e na Medicina em específico, esta está diretamente ligada aos princípios fundamentais da solidariedade e altruísmo, herdados da tradição Hipocrática.

Quanto ao conhecimento, este é algo de indissociável da profissão médica e do seu exercício. A Medicina é considerada uma “learned profession” (Lobo Antunes, 2012) exatamente porque, tal como o Direito, a Economia, ou a Engenharia, depende diretamente do conhecimento e da aprendizagem contínua. No seu âmbito existem conhecimentos muito específicos, cujo acesso está limitado a um determinado grupo de pertença.

Se o conceito de profissão, na sua essência, tem sofrido poucas alterações, a definição de profissionalismo – e aqui especificamente o profissionalismo médico – tal como as abordagens epistemológicas da Medicina, tem sofrido uma evolução. Conceptualizando o profissionalismo médico como mais do que a adesão a certos procedimentos éticos e considerando-o como a expressão quotidiana do que originalmente atraiu os profissionais para o campo da medicina, ou seja, o desejo de ajudar pessoas e de ajudar a sociedade como um todo, garantindo qualidade nos cuidados de saúde, percebemos que têm sido vários os obstáculos que têm tornado permanentemente desafiante a tentativa de que os ideais da medicina sejam cumpridos

na prática do dia-a-dia (Caprara & Rodrigues, 2004; Lobo Antunes, 2012; Williams, Cantillon & Cochrane, 2001).

As expectativas da sociedade perante o desempenho médico, e portanto relativas ao seu profissionalismo, mudaram. Também as necessidades dos profissionais e as características dos contextos onde exercem a profissão sofreram grandes transformações (Cruess et al., 2000). Até final do séc. XX os fundamentos do profissionalismo médico nunca foram muito analisados e discutidos pelos próprios profissionais da área. Os principais contributos surgiram fundamentalmente de outras áreas, nomeadamente das ciências sociais e bioética.

Durante muito tempo acreditou-se, de forma muito positiva, nos princípios de compromisso e solidariedade. Contudo foram muitos os autores como Weber, Durkheim, Beatrice e Sydney Webb, Tawney, Flexner, Brandeis, Carr Saunders, Parsons que fizeram notar a possibilidade de um conflito entre a postura altruísta esperada e a gestão de interesses pessoais. Apesar da iminência deste conflito os vários autores endossaram o conceito de profissionalismo, considerando que era vantajoso para a profissão que as características que lhe são inerentes se sobrepusessem aos interesses próprios dos profissionais (Cruess et al., 1999).

Contudo, o período de pós Segunda Grande Guerra, e fundamentalmente as décadas de 60 e 70 do século passado, trouxeram consigo o questionamento de todas as formas de autoridade e de reconhecimento dos que eram considerados e/ou se consideravam especialistas. Nesta altura muitos foram os críticos ao profissionalismo médico. Freidson (Cruess, R. & Cruess, 1997; Cruess et al, 1999) foi o primeiro e maior detrator do conceito, defendendo que a medicina havia estabelecido um controlo sobre a

sua base de conhecimentos, com vista à obtenção de poder, colocando os seus interesses à frente dos interesses da sociedade. O autor reforça a ideia que a Medicina estaria assim a falhar no exercício do seu profissionalismo, que deveria contribuir para o estabelecimento e a gestão de mecanismos de auto-regulação que garantissem que os princípios subjacentes ao profissionalismo médico estariam a ser cumpridos por todos. Outros foram os autores críticos do profissionalismo médico: McKinlay, Larson, Haug, Johnson e Starr (Cruess et al, 1999) acrescentaram argumentos de peso ao discurso de Freidson, e previram, por exemplo, que a medicina iria perder *status*, num processo de desprofissionalização. McKinlay segundo Cruess et al. (1999) assumiu inclusivamente um processo de proletarianização da medicina americana, decorrente do qual os médicos venderiam os seus serviços num ambiente competitivo, dominado por interesses corporativos que tirariam vantagem dos conflitos e competição entre profissionais, provocando uma redução do preço do seu trabalho, e inclusivamente uma perda da autonomia destes profissionais.

Todos acusaram o uso que uma elite fazia do poder em benefício próprio e o impacto disto nas políticas sociais. A medicina deixou de ser de confiança, o que conduziu a uma perda significativa de influência.

Um pouco como tinham previsto alguns dos autores referidos, e do ponto de vista da co-existência do exercício da cultura médica, da cultura empresarial e da cultura política que Lobo Antunes (1998, 2003, 2012) conceptualiza (e que sustenta que dificultam o exercício de uma prática médica alicerçada nos valores fundadores do profissionalismo médico), assistimos nesta altura à entrada do Estado na gestão da saúde. Através da criação de serviços nacionais de saúde, como em Portugal, espera-se o acesso universal e tendencialmente gratuito aos cuidados de saúde. Verifica-se, no

entanto, ainda hoje, grandes diferenças entre os países. Mas o grande desenvolvimento científico e tecnológico, as condições de mercado e as relações entre a medicina, os profissionais médicos e o poder económico e político, têm favorecido a ideia, por parte da opinião pública, de uma classe profissional focada no interesse próprio, descurando o interesse global. Aos olhos da opinião pública, a medicina e os cuidados de saúde transformaram-se, em geral, num negócio rentável que beneficia financeiramente os seus profissionais, que mais do que o compromisso com o bem-estar dos doentes se focam em formas e oportunidades diferentes de obterem retribuições financeiras (Crues et al., 1999, 2000).

Contribuiu também para este percurso do profissionalismo médico, o facto de os médicos, durante muitos anos, terem sido os intervenientes quase exclusivos no desempenho inerente aos cuidados de saúde, sendo que exceção era só praticamente a presença dos profissionais de enfermagem. Já nas últimas décadas as profissões de saúde multiplicaram-se e refletem hoje uma crescente especialização, reflexo de um aumento muito significativo e rápido do conhecimento, como também da informação e do grau de exigência dos doentes (Lobo Antunes, 2012).

A profissão médica viu surgir um conjunto de especializações e sub-especializações, o que potenciou uma discussão (inclusivamente entre os profissionais médicos) sobre quem é ou não verdadeiramente médico. Viu inclusivamente manterem-se as medicinas não convencionais que mediante o aumento da eficácia terapêutica da medicina seria expectável que desaparecessem (Caprara & Rodrigues, 2004). Surgem questões (mesmo dentro da classe médica) como: É médico o profissional que já não vê pessoas, porque os seus dias são passados a fazer investigação? Continuará a ser médico o profissional cuja principal tarefa é analisar resultados de meios auxiliares de

diagnóstico? Para além destas questões foram sendo suscitadas outras, nomeadamente sobre responsabilidade profissional.

Com a especialização médica, os profissionais ficam muitas vezes tentados a não tomar decisões mesmo que, quando o evitam, estejam já a tomar uma decisão. É o clínico geral que prefere que o doente seja visto pelo especialista, para que este diga “o que é” ou “o que deve ser prescrito” e são os especialistas que só se responsabilizam pela pequena parte do corpo “que lhes pertence”, tornando assim o conceito de responsabilidade profissional imprescindível mas difícil de fazer passar (Lobo Antunes, 2012; Paúl & Fonseca, 2001). Mantêm-se assim generalizadas situações que Balint (1957/1998) designou por “conspirações do anonimato”. Estas desenvolvem-se quando vários médicos estão envolvidos e facilmente deixa de existir alguém verdadeiramente responsável pela situação. O que pode conduzir a que se tomem decisões de muita importância para a vida dos doentes sem que nenhum profissional seja efetivamente responsável por estas decisões ou partilhe a responsabilidade com o doente.

Se as principais referências da cultura médica continuam a ser historicamente baseadas na herança Hipocrática, e nos princípios da solidariedade e altruísmo que a subjazem, o cumprimento fiel de uma conduta regida por estes, na prática quotidiana, parece assumir-se como um desafio difícil de transpor. Porém, e apesar do percurso trilhado, o profissionalismo médico continua a ser para muitos “o coração e a alma” da medicina (Cruess R. & Cruess, 1997; Cruess et al. 1999, 2000, 2002; Lobo Antunes, 2012).

Assim, num período em que o Estado e as empresas que dominam os sistemas de saúde são responsabilizados por todas as falhas na área da saúde, cria-se a oportunidade

para renovar e fazer ressurgir o profissionalismo médico. É um profissionalismo que tem de ser claramente percebido pela sociedade, como também pelos médicos, e em que o altruísmo, a moralidade e virtude estejam patentes na regulação dos procedimentos que trarão garantias à sociedade. Os profissionais devem assim ser capazes de mostrar que o profissionalismo médico é um benefício para a sociedade. Para tal devem cumprir com as obrigações inerentes a este mesmo profissionalismo (Cohen, Cruess & Davidson, 2007; Cruess et al., 1999, 2000).

Em 2002 uma equipa constituída por elementos do American Board of Internal Medicine Foundation, do American College of Physicians Foundation e da European Federation of Internal Medicine desenvolveram e disseminaram o “*The Medical Professionalism Project*”, do qual resultou a “Charter on Medical Professionalism”, hoje traduzida em mais de 12 línguas e com mais de 130 instituições subscritoras, (em Portugal pela Sociedade Portuguesa de Medicina Interna) (Cruess et al., 2002; Davidson, 2002; Sox, 2002). Subjacente a este projeto está a crença de que, um pouco por todo o mundo, a prática da medicina é continuamente desafiada, e que a sociedade e os profissionais deveriam desejar o mesmo tipo de médico: competente, idealista e altruísta.

Para a vasta equipa deste projeto são desafios inequívocos para a prática médica (a) a crescente disparidade entre as necessidades legítimas dos pacientes, (b) os recursos disponíveis para suprir essas mesmas necessidades, (c) o aumento da dependência do poder económico e das leis do mercado para transformar os sistemas de saúde, e (d) a tentação dos médicos para se esquecerem daquele que deve continuar a ser o seu principal compromisso, ou seja, o superior interesse dos pacientes. Mediante esta realidade, e acreditando que os clínicos experimentam uma frustração decorrente destas

situações que consideram ameaçarem verdadeiramente a natureza e os valores do profissionalismo médico, a equipa elaborou a Medical Professionalism Charter como resposta à necessidade de um renovado sentido de profissionalismo. Assumem que o caminho não poderá ser a desprofissionalização dos médicos, mas sim a reprofissionalização, que passará pela promoção de um profissionalismo ativo, capaz de reformar os sistemas de cuidados de saúde (Rego 2012; Sox, 2002).

Os princípios fundamentais deste documento são: (a) Princípio da primazia e bem-estar do paciente; (b) Princípio da autonomia do paciente; (c) Princípio da justiça social. Estes consubstanciam-se em 10 compromissos base: (1) Compromisso com a competência; (2) Compromisso com a honestidade para com os pacientes; (3) Compromisso de confidencialidade com os pacientes; (4) Compromisso de manter relações apropriadas com os pacientes; (5) Compromisso de melhorar a qualidade do cuidado; (6) Compromisso de melhorar o acesso ao cuidado em saúde; (7) Compromisso com a distribuição justa dos recursos finitos; (8) Compromisso com o conhecimento científico; (9) Compromisso de manter a verdade na gestão de conflitos de interesse; (10) Compromisso com as responsabilidades profissionais (Sox, 2002).

Contudo, e apesar do entusiasmo e aceitação com que esta carta compromisso foi recebida (bem como o profissionalismo médico que nela se consubstancia), tendo em conta a forma como os sistemas de saúde estão hoje organizados é impossível aos médicos colocar alguns dos seus compromissos em prática. A resolução de muitos dos constrangimentos identificados passa por decisões políticas, e por isso não estão ao alcance dos profissionais médicos. Acresce, à necessidade de um profissionalismo médico claro para todos (sociedade e profissionais médicos), a necessidade de uma aliança entre médicos e sociedade (Cohen et al., 2007).

Ainda segundo os mesmos autores (Cohen et al., 2007), apenas mediante este pacto social implícito (médicos/sociedade), será possível garantir: (a) O acesso universal aos cuidados de saúde; (b) Infraestruturas e procedimentos que conduzam a melhorias de qualidade e segurança nos serviços de saúde, nomeadamente através da diminuição e controlo do erro médico; (c) As condições políticas e financeiras necessárias para uma efetiva educação médica contínua e para a realização de investigação; (d) Um esquema de financiamento para o sistema de saúde que apoie processos de tomada de decisão baseados em evidências, e que desencoraje o desperdício; (e) A salvaguarda completa dos pacientes relativamente a situações de conflito de interesses.

Relativamente a esta necessidade premente de um processo de reprofissionalização que faça emergir os valores base do profissionalismo médico, apoiados por uma sociedade comprometida em beneficiar de cuidados de saúde de qualidade, Lobo Antunes (2012, p. 47) afirma: “O médico não pode esquecê-lo, e a sociedade não deixará de lho lembrar”.

Este movimento que temos vindo a relatar realça, portanto, a importância de uma forma de estar profissional com o paciente que implica a configuração da relação que o médico estabelece com ele como um dos elementos nucleares da boa prática médica. A investigação que possa ser feita no sentido de aprofundar a compreensão dessa relação torna-se por isso contributiva para o reforço deste movimento, quer através do aumento da sua compreensão, quer através da sua operacionalização. É também relevante compreender e avaliar os meios disponíveis aos médicos para que possam evoluir no sentido deste profissionalismo que implica uma preocupação

constante com os superiores interesses do doente. São justamente estes aspetos que abordaremos nas próximas secções do presente trabalho.

1.2 Da Educação médica contínua ao desenvolvimento profissional contínuo

Perante um mundo em constante mudança, em que a informação circula a uma velocidade quase vertiginosa, habituamo-nos a viver rápido e a acreditar que o que é verdade hoje não o será necessariamente amanhã. Contudo, nem sempre é fácil acompanharmos as mudanças, e por vezes adotamos mesmo algumas resistências. O conhecimento científico tem evoluído muito rapidamente, e todos os dias são feitas novas descobertas, surgem novos desafios, que fazem com que inequivocamente qualquer profissional tenha necessidade de se atualizar, e permanecer assim assumidamente num processo de desenvolvimento profissional contínuo (CPD – Improving Healthcare; 2006).

Em específico na Medicina, a mudança é constante, requerendo novos conceitos, estratégias e opções no que diz respeito aos serviços prestados, à educação/formação e à qualidade. A ciência e o conhecimento, especialmente o conhecimento médico, mudam rapidamente, tornando qualquer "diploma de duração limitada" (EQUIP e EURACT, 2002).

O conhecimento relacionado com a doença, o diagnóstico e a terapêutica, tem evoluído, fruto da investigação permanente, e da facilidade de comunicação e partilha de novas descobertas à escala mundial. Também o olhar sobre a relação com os doentes tem sofrido grandes alterações, como veremos ao longo deste trabalho, sendo que esta é

uma temática que tem voltado a ganhar importância e tem provocado várias tentativas de reestruturação do ensino da medicina, o que confirma a relevância de trabalhos que contribuam para uma compreensão atual da relação médico-doente. Esses esforços de reestruturação ao nível do ensino da medicina observam-se quanto ao percurso para obtenção do diploma, bem como no que diz respeito à aquisição de conhecimentos e competências, ao longo da carreira, que privilegiem o estabelecimento e manutenção de uma relação médico-doente mais humana e eficaz, considerando a sua componente técnica e não descurando a sua componente humana (Carrió, n.d.). Os momentos de aquisição e desenvolvimento destas competências parecem deixar de ser vistos como algo estanque que ocorre apenas durante a formação inicial dos profissionais, mas sim como algo que ocorre ao longo da carreira.

Num contexto de desenvolvimento ao longo da carreira, surge aqui a necessidade de refletirmos sobre conceitos como Educação Médica Contínua e Desenvolvimento Profissional Contínuo, hoje presentes na conceptualização do médico enquanto profissional de saúde. A Educação Médica Contínua (EMC) é definida como o processo através do qual os médicos podem desenvolver novas aprendizagens e melhorar continuamente os seus conhecimentos, como forma de otimizar as suas aptidões, e desenvolverem atitudes adequadas aos novos desafios que vão sendo colocados no exercício da prática médica. Ou seja, quando otimizados os conhecimentos adquiridos através de um processo de EMC, prevê-se, ou é pelo menos desejável que se verifique também uma otimização ao nível dos cuidados de saúde prestados (EQUIP & EURACT, 2002; Gomes, 2008a).

Parece-nos então possível a inferência de que, quanto mais os profissionais médicos cultivarem o desenvolvimento de competências inerentes a uma relação

médico-doente humana e eficaz do ponto de vista terapêutico, maior a qualidade da própria relação.

Na literatura, surgem também referências ao facto de a EMC ser um fator contributivo para o sentimento de satisfação e aumento dos níveis de auto-confiança dos próprios profissionais, o que nos poderá levar a assumir que médicos e doentes beneficiam com a EMC dos profissionais (Gomes, 2008a). Mas para que certezas existam acerca dos seus benefícios para ambos os elementos da relação, e para que melhorias possam ser introduzidas no processo de EMC, é imprescindível que exista a possibilidade de recolha e análise de dados que permitam uma avaliação de desempenho (EQUIP e EURACT, 2002) conscienciosa e adequada. Consideramos que o desempenho será o valor organizacional esperado do conjunto de comportamentos que os médicos adotam durante o período de tempo em que estão a exercer (Motowidlo, 2003). Especificamente, nos comportamentos que interferem na relação médico-doente, o desempenho do profissional que deverá ser considerado e avaliado serão os comportamentos que contêm um valor, positivo ou negativo, consoante o que é esperado relativamente à própria relação entre o doente e o profissional.

Fruto das avaliações que têm vindo a ser realizadas, “a EMC tradicional, provou ser pouco eficaz na promoção de mudanças no âmbito das competências e dos desempenhos” (Gomes, 2008b, p. 3). Assim, tornam-se “necessárias intervenções bem definidas, utilizando estratégias de facilitação e reforço da prática” (EQUIP & EURACT, 2002). Estudos de efeito demonstraram que seminários, cursos e congressos não têm praticamente impacto sobre a prática profissional quotidiana. O importante é o que se aprende, não o que ensina (Davis, Thomson, Oxman & Hayes, 1995). Por isso se torna necessário que a EMC – o que se ensina, evolua para o Desenvolvimento

Profissional Contínuo (DPC) – o que se aprende. Assim, o DPC torna-se mais do que o processo, os próprios meios de educação através dos quais os médicos se mantêm atualizados e em desenvolvimento (CPD Improving Healthcare, 2006).

Os novos paradigmas da aprendizagem estão centrados nos conhecimentos, competências e desempenhos. Assim, o DPC deve ser baseado na prática diária dos profissionais, sendo que os materiais de estudo devem ser, tanto quanto possível, os próprios objetos de trabalho dos médicos. Os conteúdos e metodologias intrínsecos ao DPC devem ser centrados no profissional (EQUIP & EURACT, 2002; Fleet, Kirby, Cutler, Dunikowski, Nasmith & Shaughnessy, 2008; Gomes, 2008a, 2008b; Matos-Ferreira, 1994; Matos-Ferreira, 2007).

Segundo Gomes (2008a), o DPC em Portugal é ainda uma conceptualização e não uma realidade transversal a todos os profissionais médicos. Contudo, é importante não esquecer que todos os que pensaram e continuam a pensar e a motivar a prática de DPC, acreditam que o esforço pela atualização e otimização de conhecimentos, competências e desempenhos necessários para ir de encontro às necessidades dos doentes e das sociedades, prestando cuidados de saúde seguros, humanos e baseados em evidências científicas, constitui uma obrigação ética e legal (CPD – Improving Healthcare; 2006; EQUIP e EURACT, 2002). De uma forma geral pretende-se que os profissionais médicos apoiem e promovam de forma efetiva uma cultura orientada para a educação, firmemente assente na aprendizagem ao longo da vida, sustentada pela investigação, pela efetividade clínica e pela auditoria.

O método desenvolvido por Michael Balint, que serve de base ao presente trabalho está diretamente relacionado com esta ideia de uma cultura médica orientada

para a educação e para o desenvolvimento ao longo da sua vida profissional, na medida que os grupos de discussão de caso que consubstanciam o referido método têm, segundo o seu fundador, a finalidade de promover um novo olhar dos médicos sobre o seu desempenho diário, na medida em que “existem problemas que, devido ao facto de a medicina os ter tentado ignorar, lhes causam trabalho desnecessário, e aos seus pacientes muito sofrimento e irritação” (Balint, 1957/1998, pp.25).

Vemos portanto que as orientações recentes para o desenvolvimento profissional dos médicos ao longo da sua carreira têm acentuado a importância da reflexão sobre a sua ação e o seu impacto na qualidade dos serviços prestados no exercício da profissão. Estas orientações reforçam a importância da aprendizagem contínua de conhecimentos, mas também o desenvolvimento de competências, nomeadamente de competências de relação, pelo que promovem o desenvolvimento pessoal como componente determinante do desempenho profissional. Assim, estas orientações vêm justamente ao encontro do tema nuclear do presente trabalho, e evidenciam a sua atualidade e pertinência.

1.3 A Relação Médico-Doente

Pensar a evolução da Medicina e da profissão médica é indubitavelmente pensar a relação médico-doente, apesar de no perfil de funções dos médicos, integrado na Classificação Nacional das Profissões – versão 1994, (Instituto do Emprego e Formação Profissional, 2001) e independentemente da especialidade médica, não constar qualquer referência associada ao estabelecimento e manutenção de uma relação empática/ terapêutica com o doente. No entanto, a relação médico-doente é assumidamente

intrínseca ao exercício desta profissão na medida em que, na medicina existem duas componentes imprescindíveis ao desempenho: a humana e a técnica. A primeira diretamente relacionada com os aspetos emocionais e relacionais, a segunda com o diagnóstico e tratamento. Da presença e convergência de ambas dependem os resultados relativos aos cuidados de saúde, nomeadamente a satisfação do doente, do médico, e a adesão à terapêutica (Carrió, n.d. ; Macedo & Azevedo, 2009).

Mas como se consolidou a figura do médico e da relação que estabelece com os seus pacientes, no imaginário coletivo atual? Tal como a abordagem aos conceitos de saúde e de doença, foram evoluindo e suscitando o surgimento de novas abordagens e paradigmas, também a relação médico-doente se foi alterando, fruto de “encontros e desencontros entre dois tipos de saberes e de discursos, o do médico e o do paciente” (González & Dorantes 2007, p. 387).

Revisitando alguns períodos fulcrais da História, cujos ideais muito contribuíram para os diferentes modelos de relação médico-doente que ainda hoje co-existem, percebemos que, se nem sempre existiu o profissional médico como o concebemos hoje, é verdade que desde sempre existiram pessoas que forneciam remédios para alívio de sintomas e que se mantinham próximas e disponíveis de quem precisasse deste tipo de atenção. Assim, a relação a que hoje nos referimos como sendo entre o médico e o doente existe desde os primórdios da História, evoluindo desde a mentalidade mágica dominante, até à mentalidade técnica que hoje prevalece (Silva, 2010).

1.3.1 O pensamento Grego-Hipocrático: O médico, a sua tarefa e a natureza

Recuperando o pensamento Grego – Hipocrático, percebemos que a importância ainda atual do Juramento de Hipócrates se deve à influência que este pensamento teve na medicina enquanto ciência, na atitude do médico relativamente ao tratamento de uma doença, mas sobretudo nos valores, que persistiram como guias desejáveis na relação médico-doente. A esses valores foram posteriormente acrescentados outros como o segredo profissional e a lealdade, símbolos de co-responsabilidade que se mantêm hoje na relação com o doente.

Na tradição grega-hipocrática é dada uma grande importância à manutenção do equilíbrio, da harmonia entre o funcionamento do corpo humano e o meio natural externo, já que a doença mais não é que uma desordem nesta relação. Perante esta conceção, percebe-se um médico e uma relação com os doentes marcada pelo protecionismo, já que é sobre o médico que recai a responsabilidade de cuidar e encontrar de novo a harmonia. O paciente era, nesta altura, percebido como aquele que procura os cuidados médicos e que atua na relação de forma colaborativa na recuperação, sendo contudo, do médico, a responsabilidade no restabelecimento (González & Dorantes, 2007). Como afirma Katz (1989), referido por González e Dorantes (2007, p. 390), “poucas pessoas têm o conhecimento do corpo, e de saber encontrar esse equilíbrio no organismo; para tal resultado reconhece-se o médico como protetor e preditor de complicações muito maiores que alteram a natureza do corpo humano”.

A conceção hipocrática contribuiu também para a ideia de tarefa médica enquanto uma arte desempenhada por um médico (pessoa com conhecimentos muito específicos sobre o corpo humano, a natureza e a relação entre ambos) que, por amor à Humanidade, garante a estabilidade e restabelecimento daquele que sofre. Segundo o

pensamento da época, a relação médico-doente deveria ser mediada pelo reconhecimento do saber e autoridade médica, e pelo cuidado que os seres humanos devem procurar ter uns com os outros, com o intuito de manter a harmonia com a natureza, logo a ausência de doença. O médico deve assim possuir conhecimentos, sabedoria, humanidade e probidade (González & Dorantes, 2007; Silva, 2010).

1.3.2 Da idade média à idade moderna: o médico, Deus e o homem para o médico, o seu método e o doente

Na Idade Média, os pressupostos de equilíbrio com a natureza, fé e colaboração do doente, relativamente às decisões médicas, sofrem uma extraordinária alteração, já que os cuidados prestados aos doentes passam a estar centrados na Igreja. Concede-se assim, a função de médicos, aos religiosos e sacerdotes. Neste período, e ainda segundo Katz (1989) referido por (Gonzalez & Dorantes, 2007) a relação médico doente baseia-se em 3 pressupostos considerados fundamentais: (a) Os pacientes devem obedecer aos médicos que são representantes da autoridade de Deus; (b) Os pacientes devem ter fé nos seus médicos; (c) Os pacientes devem prometer obediência.

Depois da Idade Média, e por contraposição à chamada idade das trevas, surge um período de grandes transformações decorrentes do surgimento e/ou dinamização de movimentos artísticos, culturais e intelectuais. Entramos na Idade Moderna, que abriga o desenvolvimento de períodos tão importantes como o Renascimento e o Iluminismo, que possuem como característica comum o Humanismo, que consiste na valorização do ser humano, e que rompe com a tradição teocentrista religiosa da Idade Média. Esta mudança transversal na sociedade consubstanciada na valorização das pessoas, conduz

consequentemente ao início de um percurso até à valorização do médico e também do doente.

Na Idade Moderna valoriza-se tudo o que é criação do Homem. Surgem ciências distintas, entre as quais a medicina, sendo a característica distintiva de uma ciência o facto de recorrer ao uso do método científico. Surge a abordagem positivista, que afirma que só é parte do conhecimento o que pode ser percebido e comprovado pelos sentidos. Esta transformação da ciência e da razão como seu fundamento mais básico sustentou uma profunda confiança na razão e produção humana.

Mediante uma medicina agora concebida como uma ciência, transforma-se a definição de médico e da relação que estabelece com os doentes. Ao médico é agora exigido que crie um laço entre a construção de conhecimentos científicos e as tarefas médicas que se deverão basear neles. O desempenho médico passa agora a produzir-se exclusivamente em função da experimentação direta sobre o corpo humano (Gonzalez & Dorantes, 2007).

Na medicina, agora ciência, a relação médico-doente, segundo Gutiérrez (2002) constitui-se através de um cuidado que privilegia o biológico. Mediante os sintomas presentes no paciente, procede-se à definição e elaboração de diferentes medidas e instrumentos que permitam detetar de maneira eficaz a doença para a erradicar. Assim, o nascimento da medicina moderna e, por conseguinte, a presença do médico na sociedade e o desenvolvimento da sua relação com os doentes, não foi resultado de um processo de continuidade, mas antes de um processo de rutura.

Com a medicina moderna, surge a primeira noção de profissionalismo médico. Perante o modelo biomédico vigente, que tem subjacente uma perspectiva ontológica das

doenças, em que predomina a ideia do corpo humano como uma máquina extraordinariamente complexa que em determinados momentos necessita de reparações, a doença é encarada como a consequência de alterações concretas que provocam um mau funcionamento dos mecanismos biológicos que integram o corpo humano. Na relação médico-doente, o médico apenas se interessa por resolver as alterações biológicas que não permitem ao doente funcionar bem. Nesta relação o médico centra-se exclusivamente na doença e está apenas orientado para ela, como tal assinala tudo o que o doente deve fazer para recuperar a sua saúde, impondo, até certo ponto, formas de tratamento. Os aspetos psicossociais na etiologia da doença são desvalorizados e usualmente associados a consequências e nunca a causas de doenças. O paciente não pode intervir pois o único que detém conhecimentos capazes de reparar o problema é o médico (González & Dorantes, 2007; Macedo & Azevedo, 2009).

Contudo, e apesar de o modelo biomédico continuar muito presente, outros foram surgindo paralelamente, como já referimos. A forma de encarar a doença e o médico, por parte das populações, foi também sofrendo alterações o que conduziu ao surgimento de diferentes modelos de relação médico-doente.

1.3.3 Modelos de relação médico-doente

Durante a vigência exclusiva da abordagem biomédica, o modelo dominante na relação médico-doente foi aquele em que os médicos informavam muito pouco os pacientes sobre o seu estado de saúde e as possibilidades de tratamento. Segundo o Modelo Paternalista, o paciente é dependente do julgamento e das ideias do médico. Este modelo imperou durante muito tempo e por isso foi permitindo aos médicos que interferissem e impusessem as preferências dos doentes, com o objetivo de assegurar a segurança do paciente, intervindo ou prevenindo a doença (Caprara, Lins & Franco, 1999; Chin, 2002). Este era um modelo de relação com os doentes, em que o médico, nomeadamente o clínico geral, socialmente uma figura de referência, era muitas vezes chamado a opinar sobre diferentes temas da vida familiar, com uma enorme autoridade sobre os processos de tomada de decisão.

Apesar do inegável contributo do modelo biomédico para o desenvolvimento da medicina, o reducionismo fisiologista, a total primazia pelo desenvolvimento e integração das tecnologias no exercício da prática médica, sob a falsa ideia que os novos recursos diagnósticos e terapêuticos poderiam substituir o método clínico, conduziram a uma desvalorização da relação médico-doente. Para alguns autores a relação médico-doente não é já um aspeto positivo nem negativo da prática médica, é simplesmente inexistente, o que contribuiu para um contínuo enfraquecimento do Modelo Biomédico como paradigma (Macedo & Azevedo, 2009; Silva, 2010). Assim, embora a componente técnica tenha sofrido um enorme desenvolvimento no último século, a componente humana parece, em determinado momento, ter sido negligenciada e talvez por isso também, se tenha verificado um aumento da insatisfação da sociedade perante a

forma como o pessoal médico se relacionava com os doentes (Consortium for Research on Emotional Intelligence in organization, n.d.).

É em meados da década de 60 que alguns estudos começaram a revelar uma tendência para os estudantes de medicina se tornarem mais frios e desumanos na forma de tratamento aos seus doentes. Mediante esta constatação, as universidades e hospitais universitários iniciaram o desenvolvimento de programas experimentais visando tornar os estudantes e futuros médicos mais empáticos no contacto com os pacientes (Consortium for Research on Emotional Intelligence in Organization, n.d.).

Mas se por um lado o grande desenvolvimento da ciência médica trouxe consequências na forma como os médicos se relacionam com os doentes, o aumento na difusão e fácil acesso à informação, nomeadamente através do uso generalizado da internet, teve também um grande impacto na forma como os pacientes olham agora para os médicos e a forma como abordam a relação, questionam e aceitam as indicações médicas. Antigamente o fluxo de informação era unidirecional e o conhecimento estava quase exclusivamente na posse dos médicos. Agora a informação é partilhada, e rapidamente acessível. Esta facilidade no acesso a uma grande quantidade de informação relacionada com a saúde é uma nova realidade para a qual os médicos têm que estar preparados e que tem obviamente grandes implicações na relação médico-doente.

Para que este impacto seja positivo, os médicos devem olhar para este novo tipo de doente como um fator enriquecedor da relação médico-doente e por isso mais gratificante. Agora é desejável que o médico domine a internet e conheça bem os websites relacionados com a saúde, para que, no seio da relação médico-doente, possa

fornecer informações e inclusivamente endereços/websites para que o paciente possa aprofundar a sua pesquisa e acesso a informações, bem como alertar para sítios com pouca qualidade (Lobo Antunes, 2012; Macedo & Azevedo, 2009).

Todas estas transformações contribuíram para que se fizesse sentir a necessidade de evoluir para um novo modelo de relação médico-doente. Partindo da tradição de uma relação paternalista, surgiu o Modelo Informativo. Para isso contribuíram as reivindicações de alguns movimentos a favor dos doentes. Também a política de mercado, que considerou o médico um prestador de serviços e o paciente um consumidor foi igualmente um aspeto contributivo para o surgimento desse novo modelo. Tal como indica a denominação, o doente é informado sobre a doença, sobre o diagnóstico e sobre as possibilidades de terapêutica, sendo a decisão quanto às medidas a tomar totalmente do paciente. No entanto, por se considerar que, segundo este modelo, o médico apenas atua como um técnico que deve fornecer apenas informações corretas aos pacientes, procurou-se evoluir para um Modelo Comunicacional, que se deveria consubstanciar numa comunicação bidirecional. Esta mudança exigiu também uma “mudança de atitude do médico, no intuito de estabelecer uma relação empática e participativa que ofereça ao paciente a possibilidade de decidir na escolha do tratamento” (Caprara et al., 1999, p. 651).

Baseados na contribuição do processo hermenêutico de Gadamar (1994) e nos trabalhos de autores como Wulff, Pedersen e Rosemberg (1995) surge uma conceptualização da relação médico-doente segundo a qual tanto o médico como o doente se encontram em condições de explicar e compreender-se a si mesmo e ao outro (Caprara et al., 1999). O médico assimila e assume esta compreensão, é capaz de se aproximar do paciente e recorre às várias fontes de explicação e compreensão da

situação, inclusive à sua própria história. A atitude segundo a qual os pacientes sozinhos deveriam perceber os seus médicos é ultrapassada perante a cada vez mais premente solicitação aos profissionais médicos que percebam os seus pacientes e que se tornem inteligíveis e acessíveis na relação (Flowers, 2006). Esta perspetiva da relação reconhece a necessidade de uma maior sensibilidade perante a doença e o sofrimento a ela associado, uma maior centralização sobre o paciente, tendo subjacente a noção de responsabilidade mútua, e expressa a premência de um processo de humanização da medicina (Caprara et al., 1999; Caprara & Rodrigues, 2004; Flowers, 2006).

Confirmando a co-existência de diferentes modelos básicos da relação médico-doente, Szasz e Hollender (1956) descreveram o Modelo da Actividade-Passividade, o Modelo Guia-Cooperante e o Modelo de Participação Mútua. Tal como no Modelo Paternalista, no Modelo da Actividade-Passividade o médico é uma figura ativa que, à semelhança do que acontece numa relação adulto/criança, faz alguma coisa por um doente passivo na relação. Segundo Silva (2010), a relação médico-doente classificada como ativa-passiva é a que se aplica hoje a situações em que os doentes estão em coma, ou que se encontram numa situação que não lhes permite estabelecer uma relação mais participativa como no caso dos doentes com edema pulmonar agudo.

No Modelo Guia-Cooperante, o doente vai obedecendo de modo discreto à sabedoria do médico, que mantém ainda um poder do tipo patente numa relação adulto/criança. Este é um modelo onde continua a existir uma relação marcada pela atividade (do médico) perante a passividade (do doente) (Szasz e Hollender, 1956). No que concerne a este modelo, parece ser possível um paralelismo com o Modelo Informativo já referido. Apesar do Modelo Informativo deixar exclusivamente ao doente a responsabilidade pelas decisões a tomar na promoção da sua saúde e/ou cura da

doença, a verdade é que muitos pacientes não possuem (ou muitas vezes os médicos não as reconhecem) capacidades e/ou competências para reter e compreender as informações dadas pelo médico e perante estas, tomar decisões. Assim, no Modelo Informativo, tal como no modelo Guia-Cooperante, a participação do doente é muitas vezes passiva relativamente ao que são os conhecimentos e opiniões do médico. Silva (2010) afirma que este é o tipo de relação que se estabelece com pacientes que estão em condições de colaborar no estabelecimento do diagnóstico e do plano de tratamento, como acontece com alguns pacientes em estados agudos, como a pneumonia, ou doenças crónicas como a hipertensão.

O Modelo de Participação Mútua consubstancia-se numa relação entre duas pessoas adultas que estabelecem uma parceria com o objetivo de contribuir para que o paciente se possa ajudar a si próprio (Szasz e Hollender, 1956). A relação médico-doente caracterizada pela participação mútua, não só contempla o cumprimento do tratamento, como também a discussão clara de situações e atitudes relacionadas com a causa e desenvolvimento da doença (Silva, 2010). Tal como no Modelo Comunicacional, médico e doente devem manter uma atitude ativa na relação, em que a comunicação entre ambos é privilegiada para que o médico auxilie nas decisões que são tomadas pelo doente.

Hoje continuam a persistir médicos que atuam consoante estes diferentes modelos. Todavia, nem o paternalismo médico recebe uma aceitação inquestionável da sociedade (enquanto o único modelo de tomada de decisão possível no âmbito da saúde), nem é aceite uma abordagem baseada na absoluta autonomia do doente. A abordagem mais ética e eficaz será a valorização da autonomia do paciente, advogando

os benefícios médicos que incorporam os valores e perspetivas dos doentes. Ou seja, um modelo que privilegie processos de tomada de decisão partilhados (Chin; 2002).

Atualmente, como resultado das transformações filosóficas e científicas subjacentes ao exercício da Medicina, à identidade de médicos e pacientes, à conceção de saúde e doença, e às mudanças resultantes das reformas na educação médica, muitos têm sido os fatores que influenciaram mudanças que se repercutiram na relação médico-doente, principalmente nos países economicamente mais desenvolvidos.

Mediante a variedade de modelos de relação apresentados e considerando que o presente trabalho reflete sobre o trabalho desenvolvido pelos GB's (cujo foco é a relação médico-doente) apresentamos de forma mais detalhada o modelo centrado no paciente, por ser este que serve atualmente de enquadramento ao método Balint.

1.3.4 Abordagem centrada no doente: o médico, o seu doente e a doença

No século XX a esperança de vida nos países desenvolvidos quase duplicou. Verificou-se uma enorme diminuição das doenças infecciosas que até aqui conduziam a elevada mortalidade e aumentaram muito significativamente as doenças crónicas/degenerativas, que implicam tratamentos prolongados focados no controlo/reabilitação, e não na cura. Estes factos epidemiológicos determinaram outras alterações profundas. Por parte dos doentes, uma maior atividade e envolvimento nos tratamentos, e por parte dos médicos novas necessidades de avaliação dos doentes, já que as doenças crónicas têm repercussões familiares e psicológicas de maior ou menor gravidade, que inclusivamente influenciam a dimensão física da doença.

Todas estas alterações (filosóficas, científicas, sociais) implicaram a implementação de novos planos de saúde e de cuidados personalizados baseados numa visão mais holística do doente. Isso obrigou a que se voltasse a olhar novamente para o doente. Outros factos vieram também contribuir para que tenha surgido um interesse renovado na relação médico-doente: os avanços tecnológicos da medicina, os médicos não se encontrarem mais satisfeitos com as suas escolhas profissionais e com o exercício da profissão, os doentes não estarem mais satisfeitos com a relação com os médicos e com os cuidados de saúde prestados, a preocupação com o aumento dos custos, um maior número de situações conflituosas entre médicos e doentes e a constatação de uma maior desumanização da medicina (Filho, 2007; Macedo & Azevedo 2009; Silva, 2010). A relação médico-doente, para Kjeldmand e Holmström (2008, p. 138), “é a principal componente da profissão médica, que se usualmente é gratificante, também é a fonte de riscos emocionais severos”. E que, segundo Horowitz, Schuman, Branch e Frankel (2003), um largo corpo de investigação demonstra que é o determinante mais poderoso e consistente apontado para a satisfação dos médicos. A satisfação no trabalho destes profissionais tem sido relacionada com relações, interações, o próprio sentido de bom desempenho (competência) por parte dos médicos e, de forma inversa, os aspetos burocráticos intrínsecos aos contextos de prática.

É neste contexto de renovado interesse pela relação médico-doente que surge a abordagem Biopsicossocial na medicina, que defende a interligação das dimensões biológica, social e psicológica de cada pessoa para uma melhor compreensão dos processos de saúde e de doença. Intrínseca a esta abordagem surge a perspetiva sistémica, que considera que, nas palavras de Jorge Brandão (2007, p.734) “em cada momento da consulta, e mesmo para além dela, fica estabelecido um sistema aberto,

com interação de múltiplos elementos provenientes do médico, do doente, do sistema de saúde e dos contextos social, cultural e científico, técnico e organizacional em que se inserem”.

Num abandono contínuo das atitudes baseadas num modelo paternalista, assistimos nas últimas décadas ao surgimento de um ideal de medicina centrada no doente como pessoa única e integral, que já não pode ser encarado como uma vítima passiva da sua doença, totalmente dependente das decisões médicas, mas que é antes um elemento imprescindível desta relação. Mesmo em situações em que não existe doença, a relação com o médico é agora possível e até desejável, assumindo o médico um papel de educador (para a saúde) e o cliente (indivíduo não doente) o papel de responsável ativo no cuidado pela sua saúde (Bensberg, 2007; Brandão, 2007; Jayadevappa & Chhatre, 2011; Macedo & Azevedo, 2009; Paúl & Fonseca, 2001). Michael e Enid Balint foram dos primeiros a descrever e desejar uma medicina centrada no doente como substituta de uma prática médica focada na doença. Descreviam esta abordagem como compreender o indivíduo como um ser humano único (Balint, 1957/1998; Kjeldmand, 2006; Mead & Bower, 2000). Nas últimas décadas, muitos foram os autores a interessarem-se e a desenvolver esta abordagem. Fundamentalmente ela enfatiza a qualidade dos cuidados de saúde segundo a perspetiva dos pacientes, preocupando-se em identificar aspetos da relação médico-doente abrangidos pela centralização no paciente, em avaliar as vantagens e desvantagens desta abordagem (e os métodos que permitem esta avaliação) (Jayadevappa & Chhatre, 2011).

Stewart et al. (1995) desenvolveram um modelo compreensivo do método clínico centrado no paciente, em que definem 6 componentes interligadas entre si, intrínsecas a um processo centrado no paciente: (1) Explorar tanto a doença como a

experiência de estar doente; (2) Compreender a pessoa no seu todo; (3) Encontrar um espaço comum que permita a gestão da relação; (4) Incorporar a prevenção e a promoção da saúde; (5) Melhorar a relação médico-doente; (6) Ser realista em relação a limitações pessoais e aspetos como a disponibilidade de tempo e recursos (Bensberg, 2007; Mead & Bower, 2000; Kjeldmand, 2006).

Stewart (2001), referido por Bensberg (2007) tem em conta as variáveis que já haviam permitido definir outras abordagens, como a passagem de informação do médico ao paciente e a tomada de decisão no seio da relação médico-doente, descreve a abordagem centrada no paciente como sinónimo de que os médicos têm em consideração os desejos do paciente por informação e pela partilha do processo de tomada de decisão. Afirma também que a medicina centrada no paciente é muitas vezes definida pelo que não é: não é centrada no médico, não é centrada na tecnologia, não é centrada no hospital, não é centrada na doença.

O desenvolvimento do conceito de centralização no paciente está intimamente relacionado com as limitações que foram sendo verificadas no âmbito da prática convencional, à época, de fazer medicina. Esta prática era associada ao modelo biomédico, segundo o qual é determinante para o médico que os pacientes aceitem de forma passiva o respeito e cumprimento das indicações dadas por si, que o doente seja disciplinado relativamente aos tratamentos e medicação prescrita, e constante e pontual relativamente às consultas. Segundo esta abordagem, esta seria a única forma de o médico conseguir controlar a doença e assim restabelecer a ordem e a função biológica do corpo (González & Dorantes, 2007; Mead & Bower, 2000).

Como forma de distinguir o modelo biomédico, da perspectiva da medicina centrada no doente, Mead e Bower (2000) definiram 5 dimensões que representam aspetos particulares da relação médico-doente: (1) A Perspetiva biopsicossocial enquanto perspectiva da doença que inclui os fatores sociais, psicológicos e biomédicos; (2) O paciente enquanto pessoa, compreendendo o significado pessoal que a doença tem para cada indivíduo; (3) A partilha de poder e responsabilidade, e a demonstração de sensibilidade perante as preferências do doente sobre a partilha de informações e sobre os processos de tomada de decisões; (4) A aliança terapêutica, desenvolvendo objetivos terapêuticos comuns e reforçando as alianças entre médico e doente; (5) O médico enquanto pessoa, tendo consciência da influência das qualidades pessoais e da sua subjetividade na prática clínica.

Perante um conjunto de estilos de práticas clínicas que podem ser polarizadas em perspetivas centradas no médico e perspetivas centradas no doente, é importante perceber o que querem os doentes e o que oferecem os médicos, ambos elementos imprescindíveis na relação que se estabelece. Segundo a revisão da literatura de Bensberg (2007), os doentes desejam que os médicos os escutem e interajam com eles enquanto pessoas (Platt et al, 2001). Querem mais informação e controlo (Gillespie, Florin & Gilliam; 2002). Em resposta a estes desejos, os médicos parecem fornecer cuidados de saúde parcialmente centrados no doente.

Se por um lado é implícito a todas as inovações que alguns médicos as adotarão, outros pensarão acerca delas e outros as ignorarão enquanto for possível (Bauman, Fardy & Harris, 2003), também é verdade que é difícil avaliar o que realmente se passa entre médico e doente nas consultas. É necessária mais investigação, até porque muitos dos estudos já realizados utilizam diferentes conceitos e dimensões da abordagem

centrada no paciente, o que tem dificultado a comparação e a avaliação precisa das evidências (Bensberg, 2007; Kjeldmand, 2006). A investigação já realizada evidencia os benefícios dos cuidados centrados no paciente, nomeadamente o facto de parecer estar associado ao relato de maior qualidade de cuidados e maior satisfação dos doentes (Flocke, Miller & Crabtree; 2002), a maior satisfação dos médicos, a maior qualidade de vida e a maior eficiência (resultante em menos testes de diagnóstico e em menos encaminhamentos desnecessários) (Bauman et al, 2003), e a uma maior continuidade nos cuidados de saúde (Holman & Lorig, 2000; Bensberg, 2007; Macedo & Azevedo, 2009).

Existem ainda evidências de que médicos focados no doente e na doença conseguem obter resultados mais precisos da anamnese dos doentes e desenvolvem relações com os doentes mais efectivas (Platt et. al., 2001). A compreensão mútua parece conduzir a um rápido diagnóstico e a opções de tratamento a que os doentes mais facilmente aderem (Lau, 2002). A possibilidade de mal entendidos e até de erro médico parece ser também muito menor (Bensberg, 2007).

Apesar das evidências positivas relativamente à abordagem dos cuidados médicos (e da relação com o doente) centrados no paciente, foram já identificadas também algumas das barreiras/desafios à sua implementação e generalização. Alguns pacientes não têm a confiança necessária para questionarem o seu médico, não conseguem assumir o controlo e eventualmente podem não ter as competências necessárias para analisar e usar informação para tomar decisões (Gillespie et al, 2002). Muitos médicos poderão sentir como muito difícil ir para além da doença e lidar com a expressão de valores, ideias e sentimentos por parte dos doentes. Esta abordagem poderá ser durante muito tempo percebida como impraticável, já que alguns médicos

afirmam não terem tempo suficiente para aprender acerca da pessoa que é o doente (Platt et. al., 2001; Davis et al, 2005 in Bensberg, 2007).

Importa ainda referir que as crenças e atitudes dos pares têm uma grande influência nos novos profissionais. Uma atitude “dura” com os pacientes pode ser vista pelos médicos mais velhos, e conseqüentemente transmitida aos mais novos, como sendo sinónimo de ambição. Já as tentativas por parte dos médicos mais jovens em incorporarem na sua prática a abordagem centrada no paciente são muitas vezes depreciadas pelos pares mais experientes (Williams et al., 2001).

Apesar das dificuldades na sua implementação, os sistemas de saúde confiarão cada vez mais no envolvimento dos pacientes para que adiram ao tratamento, e para que procedam a mudanças comportamentais tornando-se capazes de alguns processos de auto-gestão da sua saúde. No momento em que são impostas grandes restrições financeiras e elaborados vários cortes significativos na área da saúde, a abordagem centrada no paciente parece contribuir para uma solução. De facto esta abordagem parece reduzir o tempo de internamento nos hospitais e aumentar os cuidados partilhados com a comunidade na gestão das doenças crónicas, assumindo-se como uma forma efetiva de melhorar os ganhos em saúde para um número cada vez maior de doentes crónicos (Bernsberg, 2007). O modelo centrado no doente tem assim atributos muito promissores ao nível da melhoria na qualidade dos cuidados, redução de custos e aumento da satisfação de médicos e doentes. Este modelo e o modelo baseado na evidência não são mutuamente exclusivos. No entanto parece manter-se alguma resistência à sua aceitação e implementação generalizada, devido à falta de liderança e a uma efetiva integração nas medidas intrínsecas às políticas de saúde (Bensberg, 2007; Jayadevappa & Chhatre, 2011).

Em suma, os diferentes modelos da relação médico-doente têm implicações claramente distintas nas questões económicas e psicossociais da prática médica e na formulação das políticas de saúde. Assim, a investigação focada em qualquer dos vários aspetos daquela relação terá, potencialmente, contributos de elevado valor para os profissionais envolvidos, para os doentes acompanhados por esses profissionais, para as organizações onde a prestação de serviços tem lugar, e para a sociedade como um todo, enquanto sistema social que institui um certo tipo (ou outro) de cuidados de saúde aos seus membros. Também ao nível teórico a investigação focada na relação médico-doente pode contribuir para o esclarecimento de aspetos que estão ainda nublados aos diferentes níveis em que a relação ocorre ou tem impacto.

1.4 Desenvolvimento de competências na relação médico-doente

Estando este trabalho centrado no desenvolvimento dos profissionais médicos relativamente à relação médico-doente, nomeadamente através da frequência de GB's, parece-nos oportuno abordar de forma mais específica o desenvolvimento de competências comunicacionais e competências emocionais. Na literatura estas competências são, por um lado referidas como imprescindíveis na relação médico-doente, por outro lado referidas como sendo potencialmente desenvolvidas através da frequência de GB's, enquanto método de aprendizagem baseado na discussão de casos, com o objetivo de fortalecer a relação médico-doente (Bar-Sela, Lulav-Grinwald, & Mitnik, 2012; Perry, Lauden & Arbelle, 2013).

Segundo Lings et al. (2003), os médicos identificam o saber ouvir, explicar, assegurar, fazer o follow-up, utilizar linguagem adequada, a compreensão, o respeito, a

confiança na competência médica, a integridade pessoal e o contexto, como os aspetos mais importantes na relação com os doentes. Os autores deste estudo agruparam posteriormente estas categorias em apenas três, que designaram por comunicação, impacto pessoal e profissionalismo. Após esta categorização, a investigação aprofundou as diferenças de perceção dos intervenientes na relação médico-doente, quanto aos aspetos integrados em cada uma destas categorias. Lings et al. (2003) procuraram perceber que importância atribuíam médicos e doentes ao facto de gostarem de estar naquela relação, e também a importância que consideravam ter o desenvolvimento da confiança na relação. Esta investigação, além de especificar que características parecem importantes aos intervenientes na relação, para que esta seja eficaz e humana, acrescenta uma ilustração da natureza complexa e da assimetria na relação, já que as experiências relatadas por doentes e médicos, no que diz respeito a aspetos como a capacidade de ouvir, o respeito e capacidade de cuidar por parte dos médicos, se revelam diferentes, mas nem sempre contraditórias. Os autores concluíram que são realmente importantes os aspetos pessoais e humanos, numa relação entre médico e doente, e que a confiança (enquanto capacidade de confiar e de dar confiança ao outro) é algo imprescindível no mundo médico, tanto como na sociedade em geral.

Todos estes resultados e análises parecem-nos corroborar a necessidade de os médicos serem profissionais disponíveis para desenvolverem aprendizagens contínuas e significativas. Isto deverá acontecer não só ao nível dos conhecimentos técnicos da sua área de intervenção, como também relativamente ao desenvolvimento de competências necessárias ao estabelecimento de relações humanas eficazes e satisfatórias para si e para os seus doentes já que, acreditamos (como temos vindo a defender ao longo deste trabalho) que independentemente de toda a evolução científica e de todas as inovações

tecnológicas serão sempre essenciais ao desempenho médico, duas componentes: a humana e a técnica. A competência emocional, por exemplo, caracterizada por Flowers (2006) como um conjunto de capacidades que permitem aos indivíduos adaptarem-se construtivamente e desenvolverem-se em inúmeras situações recorrendo a estratégias únicas, criativas e autênticas, é considerada por von Fragstein (2008) uma componente central da educação médica. O mesmo acontece, ainda segundo este autor, com as competências comunicacionais.

1.4.1 Competências emocionais

Apesar de, como temos vindo a referir, a componente técnica ter sofrido um enorme desenvolvimento no último século, verificou-se também um aumento da insatisfação da sociedade perante a forma como o pessoal médico se relacionava com os doentes. Como também já referimos, foi em meados da década de 60 que alguns estudos começaram a revelar uma tendência para os estudantes de medicina se tornarem mais frios e desumanos na forma de tratamento aos seus doentes. Mediante esta constatação as universidades e hospitais universitários, iniciaram o desenvolvimento de programas experimentais que tornassem os estudantes e futuros médicos mais empáticos no contacto com os pacientes e a educação dos médicos nunca mais abandonou esta preocupação. Contudo, de uma forma geral, esta preocupação parecia limitar-se às competências de comunicação e empatia, apesar das evidências de que o treino e o desenvolvimento de competências emocionais e sociais poderiam estar associados a melhorias significativas ao nível das respostas dos pacientes e ao nível do grau de sucesso na carreira por parte dos médicos. Assim, durante muito tempo foram continuamente insuficientes abordagens sistemáticas e compreensivas destes aspetos da

educação dos médicos (Consortium for Research on Emotional Intelligence in Organization, n.d.; Flowers, 2005).

Segundo Flowers (2005), na generalidade os estudantes de medicina estão preparados inadequadamente ao nível do desenvolvimento de competências emocionais, consideradas necessárias ao desempenho médico. Isto acontece apesar de algumas transformações na relação médico-doente, provavelmente devidas às mudanças que têm ocorrido nas sociedades e consequentes reformas na Medicina e na Educação Médica.

Contudo, a mesma autora relata o quanto o seu trabalho com alunos e profissionais tem obtido respostas e resultados positivos, e faz algumas sugestões de operacionalização do trabalho de desenvolvimento de competências emocionais, que apelida de *curriculum* omissa, com o intuito de encorajar as escolas de medicina a incorporarem a educação de competências emocionais nos seus currículos e avaliarem cuidadosamente o seu impacto.

São assim, várias as evidências de que tornar os médicos e futuros médicos mais competentes do ponto de vista emocional tem benefícios, que parecem não se traduzir apenas na relação médico-doente e nos cuidados de saúde prestados. Parece que essas competências farão também mais clínicos satisfeitos com o seu trabalho, e também eles mais saudáveis. De facto, existem indícios de que o desenvolvimento de competências emocionais e o impacto destas competências na relação com os doentes, funciona como fator preventivo de estados de burnout, tantas vezes vividos por profissionais de saúde (Flowers, 2005).

Berson e Magraith (2005) referem que um aspeto importante na profissão médica é saber gerir a tensão entre empatia e desapego, sendo que a empatia tem sido

considerada importante na manutenção de uma aliança terapêutica efetiva, e na prestação de cuidados de saúde de qualidade. Contudo, os mais vulneráveis a estados de burnout são exatamente aqueles que levam a sua empatia a extremos porque se percebem como salvadores. Os autores assumem que integridade, sacrifício e compaixão por parte dos médicos, são competências necessárias. No entanto é também necessário o desenvolvimento de níveis de auto-consciência que permitam a interação empática com os pacientes, tal como a capacidade de *insight* nas respostas às suas histórias. Como vimos anteriormente, o exercício da profissão médica tem sofrido grandes alterações ao longo dos tempos, e a relação médico-doente e a sua importância na prática médica têm assumido um papel mais relevante, o que parece repercutir-se não só nos processos de aquisição e desenvolvimento de competências médicas, como também nas competências que passam a ser privilegiadas e percebidas como essenciais no desenvolvimento profissional médico.

Dos Santos (2008), referindo-se aos processos de automatização e mecanização do trabalho em geral, sublinha que o seu conteúdo tem vindo a sofrer grandes transformações. Mediante estes desenvolvimentos parece que, cada vez mais, o que resta de específico ao ser humano, quanto ao que é o trabalho não automatizável são os conteúdos que requerem relacionamento entre as pessoas, capacidades de tomada de decisão (e liderança), criatividade e a integração de informação e conhecimento disperso. Seguindo este raciocínio, o conteúdo do trabalho médico não automatizável incluirá as suas dimensões de relação com os doentes. Torna-se imprescindível que, numa relação médico-doente em que é solicitado aos médicos que percebam os seus doentes e que se tornem inteligíveis e acessíveis na relação, em que a responsabilidade mútua é encarada como princípio básico das relações de sucesso (e exemplo de

competência interpessoal), as competências emocionais sejam percebidas como essenciais e o seu desenvolvimento intrínseco ao desenvolvimento profissional médico contínuo (Flowers, 2006).

São muitas as evidências relacionadas com a necessidade de os profissionais médicos adquirirem e desenvolverem competências emocionais ao longo da carreira. Estas abordagens à profissão médica e à relação médico-doente têm sido reforçadas, nos últimos anos, por conceitos e modelos oriundos de diversas áreas, como é o caso do conceito de múltiplas inteligências de Gardner (1999). Este autor explora, entre outras, a inteligência pessoal e social, que afirma ser a capacidade para aprender competências intrapessoais, como o auto-conhecimento e a auto-avaliação efectiva, bem como competências interpessoais, como a comunicação, a capacidade de colaborar e a empatia. Estas últimas serão cruciais para a relação médico-doente. Também Goleman (2000) popularizou a conceptualização da inteligência emocional, bem como o seu corolário, a competência emocional, que compreende as noções de competências pessoais (internas) e sociais (externas).

Contudo, é na conceptualização de competência emocional de Saarni (2002) que podemos ir mais longe: percebemos a preocupação com o desenvolvimento de competências e a avaliação destas, e também a preocupação com a importância dos contextos onde nos movemos, que associados aos valores e crenças culturais dos indivíduos, influenciam inequivocamente o desenvolvimento de processos emocionalmente eficazes. Para esta autora,

“a competência emocional, significa levar em conta o efeito da eficácia em motivar o indivíduo para fazer parte de um encontro que produza emoções, o tipo único

de recursos e demandas contextuais disponíveis para aquele indivíduo, além dos valores e das crenças que a pessoa traz para a experiência emocional (Saarni, 2002, p.77) ”.

Assim, acreditamos que no que diz respeito à relação médico doente se torna importante propiciar momentos de aprendizagem e desenvolvimento de competências que venham a ser benéficas na relação, mas também criar contextos de aprendizagem ao longo da carreira dentro e fora dos locais de trabalho, que se possam considerar contextos de desenvolvimento emocional. Ao longo deste trabalho, iremos justamente explorar os GB's como potenciais contextos promotores deste desenvolvimento.

1.4.2 Competências comunicacionais

No âmbito de uma abordagem médica centrada no paciente, é hoje inequívoco que são imprescindíveis ao médico boas competências comunicacionais para o estabelecimento de uma relação médico-doente satisfatória para ambos os intervenientes (Wong & Lee, 2006). Mas que competências são estas? Quando e de que forma devem ser ensinadas?

Com o objetivo de apoiar todos os que desenham, planificam e revêm currículos no âmbito da formação médica um pouco por todo mundo, mas também com o intuito de poder servir de base a outros processos de desenvolvimento profissional contínuo, von Fragstein et al (2008) em nome do Conselho Inglês para o Ensino de Competências de Comunicação Clínica na Educação Médica Pré-graduada, levaram a cabo um trabalho de grande investigação teórica, reflexão e discussão crítica. Esse trabalho envolveu responsáveis das 33 escolas médicas inglesas e resultou na identificação das competências de comunicação clínica que os autores consideram imprescindíveis no âmbito da formação graduada em medicina e no percurso de desenvolvimento

profissional ao longo da carreira. O resultado deste trabalho foi apresentado em forma de diagrama concêntrico, e resume todos os aspetos que consideram que um bom programa de desenvolvimento de competências comunicacionais deve abranger. Partem de quatro princípios que consideram não ser específicos da comunicação (mas onde se incluem) mas de todas as áreas médicas. Esses princípios são o respeito pelos outros (que surge no centro do diagrama), a teoria e evidência, as tarefas de comunicação clínica (como o estabelecimento da relação), os aspetos específicos (onde os autores incluem a gestão de emoções e, por exemplo, a capacidade de lidar com o erro e com as reclamações), os *media* (ou seja, a comunicação pelo telefone, através do computador, entre outras formas de comunicação) e por fim, a comunicação para além do doente (com os colegas, com os familiares do doente, com outros profissionais não-médicos).

Vários estudos demonstram que uma comunicação centrada no paciente tem um impacto muito positivo, nomeadamente ao nível da satisfação do doente, adesão ao tratamento, auto-gestão nos cuidados inerentes a uma doença crónica como a diabetes, a hipertensão ou até o cancro (Epstein & Street, 2007; Fallowfield, Lipkin & Hall, 1998; Travaline, Ruchinskias & D'Alonzo, 2005). A literatura mostra também que problemas ao nível da comunicação na relação médico-doente estão muitas vezes associados com a probabilidade de os doentes atuarem de forma errada relativamente à sua condição física, queixarem-se que o médico não escuta as suas preocupações ou que não lhes dá informações suficientes sobre os tratamentos (Epstein & Street, 2007; Levinson, Lesser & Epstein, 2010; Mead & Bower; 2002). Reforçando esta ideia, Beckman, Markakis, Suchman & Frankel (1994) concluíram que a decisão de muitos pacientes processarem os seus médicos está frequentemente relacionada com a perceção que têm de falta de cuidado e colaboração por parte dos serviços de saúde, nomeadamente dos médicos.

Então como promover o desenvolvimento destas competências nos médicos? A literatura reconhece que aprender este tipo de competências implica receber o feedback por parte de alguém mais competente, o que significa que o formato tradicionalmente utilizado nas aulas e congressos (com uso quase exclusivo de uma metodologia expositiva) não será o mais adequado, exatamente porque não permite este feedback relativamente ao desempenho do médico. As competências comunicacionais devem ser ensinadas de forma sistemática e com recurso a situações práticas, que promovam a possibilidade de o médico inter-agir, treinar e receber feedback (Ericsson, 2003; Levinson et al., 2010). É importante não esquecer que, em situação real de uma relação com um doente, raramente é exigido ao médico que utilize apenas uma competência em cada momento, pelo que é importante que durante o percurso de aquisição e desenvolvimento destas competências o estudante e/ou médico tenha oportunidade de atuar o mais próximo possível da realidade, contudo, num cenário seguro, onde os erros podem ser utilizados como instrumento de aprendizagem.

Apesar de os programas de treino de comunicação serem contextos fundamentais para que os futuros médicos possam adquirir competências a este nível, esses programas devem constituir também um contexto privilegiado para que os estudantes possam compreender até que ponto o que sentem doentes e médicos pode influenciar a relação (Epstein, 1999; Krasner, 2010).

Porém, mesmo nos países que integram estes programas na sua formação pré-graduada, estes surgem normalmente no primeiro ou segundo ano do curso, numa altura em que os estudantes não têm praticamente qualquer contacto com doentes. Além disso, são programas pouco investidos, comparativamente com o ensino e treino de competências associadas ao diagnóstico. (Levinson et al., 2010). Enquanto

desenvolvimento profissional dos médicos já graduados, o desenvolvimento de competências de comunicação tem estado ultimamente associado a cursos intensivos de 1 a 3 dias. Apesar de possuírem uma componente mais prática, com recurso a role-play e a possibilidade de receber feedback por parte dos colegas, são por vezes momentos solitários de aprendizagem (Levinson et al.; 2010). Como demonstram Razavi et al. (2003), é benéfico existirem oportunidades de consolidação de competências comunicacionais eventualmente adquiridas.

É assim considerando um conjunto de aspetos que foram sendo apresentados que exploraremos ao longo deste trabalho os GB's (também) como potenciais contextos de promoção do desenvolvimento de competências comunicacionais. Esse conjunto de aspetos é apresentado de forma sucinta: (1) na literatura o desenvolvimento de competências comunicacionais é assumido como essencial no bom desempenho da relação médico-doente (Epstein & Street, 2007; Krasner et al, 2010; Levinson, 2010; Wong & Lee, 2006); (2) preferencialmente a aprendizagem deve ser realizada utilizando metodologias ativas como role-play e/ou discussão de casos, no seio de um grupo pequeno que permita que seja dado feedback a cada um dos participantes; e (3) essa aprendizagem de competências comunicacionais deve ocorrer durante a graduação, mas também durante a vida profissional ativa e não deve ser um único e concentrado momento de aprendizagem (Levinson, 2010; Ravazi et al., 2003; von Fragstein, 2008).

Sucintamente, ao longo deste primeiro capítulo analisámos a evolução da arte da medicina para a ciência médica, e como esta mudança conduziu a uma desvalorização da componente humana no desempenho médico, de que é parte fundamental a relação médico-doente.

Evidenciámos os diferentes modelos associados ao desenvolvimento da relação médico-doente, por ser esta relação o foco de trabalho dos GB's, que pretendemos estudar e caracterizar, num período em que parece ser inquestionável a necessidade de voltar a valorizar a componente humana do desempenho médico, sem que isso signifique a desvalorização da componente técnica deste desempenho.

Refletimos sobre os desafios colocados à profissão médica, nomeadamente a luta pela inversão do processo de desprofissionalização que tem vindo a sofrer (e que foi emergindo associado a uma medicina baseada na evidência), e como o aumento das competências médicas na relação com os doentes pode contribuir para a evolução de uma abordagem centrada na pessoa (que pode ser complementar à abordagem centrada em evidências, já que não têm que ser mutuamente exclusivas). Será justamente esta abordagem que nos servirá de modelo de enquadramento dos GB's (que descreveremos em detalhe no próximo capítulo, e que se centra precisamente na otimização da relação médico-doente).

Considerando que é também nosso objetivo caracterizar os GB's como processo de desenvolvimento profissional contínuo (nomeadamente no que concerne ao desenvolvimento de competências intrínsecas à relação médico-doente, como são as competências emocionais e comunicacionais), remetemos ao longo do capítulo a nossa análise para a necessidade de, em Portugal, evoluirmos de uma perspetiva baseada na educação médica contínua para uma perspetiva baseada no desenvolvimento profissional contínuo. Como veremos no próximo capítulo, os GB's podem ser um recurso muito válido para essa tarefa.

O presente capítulo é na sua totalidade dedicado aos GB's, na medida em que é sobre o seu quadro conceptual que fundamentalmente versa o nosso trabalho de investigação. São essencialmente dois os pontos que nos permitiram guiar a nossa análise da literatura e enquadramento da nossa investigação na mesma. Uma primeira parte que constitui uma revisão histórica desde os primeiros “grupos discussão com investigação” até à atualidade, onde revisitamos os principais conceitos subjacentes e decorrentes do método Balint. Segue-se um segundo momento de revisão crítica da literatura, que nos permite apresentar o estado da arte no que se refere à investigação empírica e no que se refere às abordagens conceptuais. Salientamos também os aspetos mais prementes a serem investigados, bem como a inexistência de qualquer trabalho empírico sobre esta temática em Portugal.

2 Grupos Balint como Processo de Desenvolvimento Profissional Contínuo

2.1 Grupos Balint: caracterização e evolução

2.1.1 Michael Balint e o desenvolvimento do método

Michael Balint nasceu Mihály Maurice Bergmann em Budapeste, na Hungria, em 1896, no seio de uma família judaica. Filho de um médico de clínica geral, desde cedo acompanhou o pai, no exercício da sua profissão e revelou um grande interesse na relação que se estabelecia entre o médico e o doente. Combateu na primeira grande guerra, na Rússia e mais tarde em Itália, o que fez com que em 1914, pouco depois de ter ingressado na Universidade de Semmelweis em Budapeste, interrompesse os seus estudos em medicina. Só em 1916, devido a um ferimento no polegar esquerdo, retorna

a casa e reingressa na Universidade, graduando-se em 1918, com apenas 21 anos, altura em que altera o seu nome.

Com um especial interesse em bioquímica e psicanálise, após terminar o curso, o agora Dr Michael Balint colabora no laboratório bioquímico do então futuro prémio nobel Otto Warburg. No âmbito do seu outro grande interesse, a psicanálise, inicia a sua análise com Hans Sachs, para mais tarde a terminar com Sandor Ferenczi, de quem se torna discípulo, e com quem inicia a publicação dos seus primeiros trabalhos, especialmente na área da medicina psicossomática.

Pouco antes do início da 2ª Guerra Mundial, Michael Balint, já médico e psicanalista, emigra para Inglaterra. Inicialmente para Manchester, onde dirige o “ Child Guidance Clinic”, depois para Londres. Em 1945, naturaliza-se cidadão Inglês e é em 1948 que integra a equipa da Clínica Tavistock. Em 1950, no advento do período pós 2ª Grande Guerra, Michael Balint, reinicia o trabalho de grupo de apoio a médicos de clínica geral, que havia iniciado na Hungria 25 anos antes. Isto, não sem antes, já na Clínica Tavistock, e juntamente com Enid Eicholz (que se tornaria mais tarde Enid Balint, sua esposa e importante colega de trabalho e investigação) ter dirigido um grupo de psicólogos que procediam a investigações na área dos problemas conjugais. Em 1961, aos 65 anos, Balint deixa de exercer oficialmente como médico, o que permitiu uma maior disponibilidade para todo o trabalho no âmbito dos Grupos (que assumiram mais tarde o seu nome) e disseminação do método.

Faleceu no último dia do ano de 1970, com 74 anos, deixando um legado considerável tanto ao nível da psicanálise e da constituição do psiquismo através das relações objetais (é considerado por muitos psicanalistas como o responsável pelo

3º grupo ou grupo Independente sendo os outros os Freudianos e os Kleinianos), como fundamentalmente ao nível da exploração e valorização da relação médico-doente, independentemente das pressões e contextos sociais, políticos e económicos do sistema de saúde vigente (Jablonski et al, 2013; Johnson, 2001; Lakasing, 2005; Stewart, 2002).

Interessado pelas implicações da psicologia na prática da medicina geral, mas fundamentalmente motivado para desenvolver a “farmacologia” do “medicamento médico”, Michael Balint desenvolveu um trabalho pioneiro que, segundo o próprio, consistiu numa combinação de investigação e formação. Assumindo como pressuposto que a relação médico-doente, sob o ponto de vista psicológico é muito mais rica do que era habitualmente descrita nos livros de medicina, Michael Balint propôs-se estudar as implicações psicológicas no exercício da clínica geral, treinar os clínicos gerais em psicodiagnóstico e psicoterapia e delinear um método para essa formação. Desta forma surgem os GB's que baseiam-se “em discussões semanais de casos clínicos (...) com o objetivo de ajudar os médicos a tornarem-se mais sensíveis ao que está a acontecer, consciente ou inconscientemente, na mente do paciente, quando médico e paciente estão juntos” (Balint, 1957/1998, p. 267).

Intrigado com o facto de tão frequentemente, e apesar dos esforços de médicos e doentes, a relação médico-doente se revelar insatisfatória ou até mesmo infeliz e determinado a perceber de que forma funciona a “substância médica”, quais os seus efeitos secundários e como deve ser prescrita de forma a evitá-los, Michael Balint desenvolveu os seus “seminários de treino-pesquisa” como forma de ajudar os médicos a tornarem-se mais capazes de reconhecer determinados problemas logo na sua origem, de forma a evitar que estes tornassem mais vulnerável a relação do médico com alguns doentes, e prevenir assim consequências indesejáveis para ambos.

Hoje, 57 anos passados sobre a 1ª edição do livro “O médico, o seu Doente e a Doença”, os então designados “seminários de discussão de casos” evoluíram, e o objetivo de ensinar psicoterapia aos médicos transformou-se no objetivo de potenciar um estilo de consulta mais centrado na pessoa do doente e no empenho do médico em escutá-lo e compreendê-lo. Atualmente os GB’s são entendidos como instrumentos de treino e aperfeiçoamento da relação médico-doente, que têm dialogado com os novos contextos sociais e de prestação de cuidados de saúde, mantendo e progredindo na sua capacidade para suportar a atividade relacional dos médicos (Brandão, 2007; Salinsky, 2007).

Apesar da transformação e evolução conceptual, nomeadamente no que concerne aos objetivos a eles associados e, incontornavelmente, na própria forma como se definem, na prática os Grupos consistem, na sua origem, num pequeno grupo de médicos (fundamentalmente da especialidade de medicina geral e familiar) que se encontram regularmente, para examinar e discutir as relações médico-doente que vivem quotidianamente nos seus locais de trabalho, e as emoções que estes encontros despoletam. Fazem-no através da apresentação e discussão de casos, sendo o recurso a material escrito, relatórios ou notas clínicas, durante as apresentações ao Grupo, algo muito restrito. Apenas são permitidos se usados como breves auxiliares de memória e nunca como resumo de base para apresentação do caso. Balint defendeu sempre que esta era a forma mais adequada para uma análise razoavelmente completa da relação médico-doente, que acreditava estar permanentemente em mudança. Esta prática tornou-se algo de fundamental no exercício do método Balint, e muitas vezes fator de relevância na distinção de outros métodos de partilha e discussão de casos em pequenos grupos. Contudo, tendo os GB’s, no seu início, assumidamente uma forte componente

de pesquisa, tornou-se imprescindível a audiogravação das sessões e posterior transcrição que circulava pelos membros. Em prol da investigação, durante o funcionamento dos grupos iniciais, liderados por Michael Balint, o princípio das sessões era reservado à análise, discussão e follow up de casos apresentados anteriormente, com base em transcrições de sessões anteriores. Eram estes momentos que conduziam, por vezes, à abordagem de outros temas considerados enriquecedores e que permitiam aos médicos alargar também os seus conhecimentos. Após reunião e discussão de casos ao longo de anos, alguns participantes escreveram e publicaram os resultados destas discussões e as suas principais conclusões. Porém, esses trabalhos não se encontram hoje disponíveis.

Após um longo período em que a componente de investigação dos Grupos parecia ter deixado de existir Salinsky & Sackin (2004) publicam “ What are you feeling, doctor” resultado do trabalho de 5 anos de um Grupo, composto por 10 clínicos gerais experientes sendo que, dois destes assumiam o papel de facilitadores. Este grupo, com uma forte componente de investigação, pretendia identificar e compreender as reações defensivas (consideradas excessivas), bem como faltas de empatia por parte dos médicos, e que estes percebiam na consulta, discutiam e refletiam no Grupo. Concluíram que as defesas pessoais dos médicos inibem a capacidade de empatizar com o doente e que existem “sinais luminosos” (Salinsky & Sackin, 2004) que os médicos podem aprender a reconhecer em si, de forma a controlarem estas situações em que as suas defesas atuam de forma excessiva.

Mediante os resultados obtidos os autores salientam a importância de pensar a educação médica e a necessidade que esta integre uma forte componente de educação

emocional, nomeadamente no que concerne à especialidade de medicina geral e familiar.

Desde o surgimento dos GB's que é solicitado aos médicos que os integram que, nas sessões ou reuniões do Grupo, façam uma descrição o mais completa e minuciosa possível, não só do doente e da situação que o motivou para a consulta, como também das suas reações emocionais face ao paciente e o eventual envolvimento do médico nos problemas deste (doente). Para que isto possa acontecer, para que os médicos aceitem e consigam superar este desafio, os GB's devem promover e acontecer num ambiente suficientemente livre e por isso libertador, que permita aos médicos falarem espontaneamente. Ainda hoje, e apesar das diferentes aplicações que têm resultado deste método, é consensual a importância de um ambiente percebido como seguro pelos participantes dos GB's (Jablonski, 2010; Jablonski et al., 2013; Kjeldam, 2006; Kjeldmand & Glaser, 2007; Nease, 2007; Tizón, 2005). O GB tem de ser sentido pelos participantes como um espaço seguro, em que qualquer elemento se sente confortável para falar de aspetos da sua vida profissional e do seu desempenho dos quais, eventualmente, não se orgulha ou que considera menos positivos. A crítica fácil, infundada e tantas vezes destrutiva não pode ter lugar nestes grupos, de forma a garantir que eles se mantêm espaços confortáveis e fundamentalmente espaços de confiança. Para garantir que este é o ambiente do Grupo, são elementos fundamentais os líderes ou facilitadores (Balint, 1957/1998; Jablonski et al, 2013; Johnson, Nease, Milberg & Addison, 2004).

Nas obras de Michael Balint, estes profissionais são referidos como "leaders" (líderes na tradução direta para português) e esta continua a ser a designação que se mantém patente na investigação que habitualmente é disseminada através da língua

inglesa. Contudo, em português, consideramos que o termo *facilitador* se adequa melhor ao papel destes elementos nos GB's. Ou seja, a tarefa de facilitar o trabalho a que se propuseram os participantes dos GB's, quando os decidiram integrar. Por essa razão utilizamos preferencialmente essa palavra ao longo deste trabalho, tendo sido também o termo que foi utilizado nas entrevistas de que daremos detalhes na apresentação do estudo empírico da presente tese. Embora não seja a terminologia mais utilizada é possível contudo, encontra-la na bibliografia escrita em português (Maio, 2008) e também em inglês (Smith et al., 1993).

Os facilitadores devem ser elementos do GB muito competentes na observação e análise do conteúdo e forma como o caso é descrito, bem como relativamente ao que se vai passando entre os médicos participantes, durante a apresentação e discussão do caso. Espera-se dos facilitadores que mantenham o GB focado na análise da relação médico-doente, não permitindo que a atenção apenas se focalize sobre o espaço exclusivamente ocupado pelo paciente, mas também não possibilitando que o GB se concentre de forma profunda em questões pessoais ou intra-psíquicas do médico. Ao facilitador tradicionalmente é permitido apenas que partilhe ocasionalmente os seus insights, mas deve fundamentalmente incentivar a que seja o GB a pensar e partilhar (Adams, O'Reilly, Romm & James, 2006; Hull, 1996; Jablonski et al., 2013; Johnson et al. 2004; Lustig, 2006; Salinsky, 2007). Contudo, a maior ou menor intervenção dos facilitadores tem vindo a revelar-se um aspeto diferente e diferenciador consoante os GB's em questão, como nos revela Merenstein & Chillag (1999), mediante o estudo realizado através de observações diretas, entrevistas e grupos focais, que envolveram a participação de elementos de 12 GB's integrados em 3 programas de internato nos EUA. Os autores constataram que os grupos integrados nestes programas de internato

funcionavam de forma diferente da inicialmente descrita por Balint, nomeadamente no que concerne ao desempenho dos facilitadores. Nestes Grupos os facilitadores assumiam frequentemente um papel mais próximo da abordagem tradicional da aprendizagem em que alguém (o facilitador) ensina de uma forma muito diretiva, para que outros (os participantes) possam aprender. Os autores assumem a necessidade de mais investigação no que concerne ao conteúdo funcional e desempenho dos facilitadores, para que estas informações possam contribuir para o desenvolvimento de formação certificada e adequada para facilitadores de GB's, na medida em que, as competências de facilitação destes Grupos são geralmente aprendidas com recurso à observação de um líder experiente, nomeadamente participando enquanto membro de um GB por algum tempo e/ou colaborando enquanto co-facilitador, o que em situações em que tal não é possível ou se revela ineficaz compromete a disseminação e a qualidade do trabalho dos Grupos (Johnson et al.,2004).

A preocupação com os processos de desenvolvimento das competências dos facilitadores tem então estado presente fundamentalmente, desde o final da década de 90, e muito tem ocupado a Sociedade Americana de Balint que, em 1999, organizou um workshop piloto de certificação de facilitadores de GB's. Os objetivos desta atividade eram: distinguir as variáveis associadas à qualidade da liderança de um GB, explorar como seriam reconhecidas essas variáveis, avaliar líderes e dar feedback aos participantes. Associado a este workshop foi desenvolvida uma investigação (Johnson et al, 2004) que permitiu identificar 5 competências consideradas essenciais para facilitar um GB: (1) criar um ambiente de segurança, aceitação e confiança (cuja importância é até hoje geralmente considerada por todos, essencial a qualquer GB, como já referimos); (2) estabelecer e manter as normas do GB, o que permite dar estrutura ao próprio

Grupo, designadamente mantendo os limites; (3) equilibrar a participação entre os diferentes elementos do GB; (4) promover a atenção do GB, incentivando a análise da relação médico-doente sob várias perspetivas; e (5) compreender a dinâmica do GB, ou seja, qual o seu estado de desenvolvimento, quando intervir e as consequências das intervenções. Não sendo uma competência, mas revelando-se de extrema importância para o GB, os autores salientam também a personalidade do facilitador, ou seja, o facilitador deve ser e atuar como modelo comportamental de respeito, curiosidade, tolerância à incerteza e empatia relativamente ao médico que relata o caso e ao(s) paciente(s) a ele inerente(s). De acordo com as orientações que emergiram dos resultados desta investigação, os facilitadores devem manter um estilo de liderança não autoritário e centrado no GB.

Sobre as funções dos facilitadores Jablonski et al. (2013) consideram que estas podem ser reduzidas essencialmente a duas: a gestão do tempo e tornar o GB (e garantir que se mantém) um lugar seguro. Os autores consideram a gestão do tempo essencial, na medida em que cabe ao facilitador garantir que todos os momentos inerentes à sessão sejam cumpridos e que exista equilíbrio entre a participação dos vários elementos do GB. Quanto ao sentimento de segurança que deve estar associado ao GB, os autores referem que é de extraordinária importância na medida em que, embora possam surgir discordâncias entre os vários elementos do GB, no âmbito da discussão de casos, é fundamental que o facilitador garanta que ninguém é interrogado de forma abusiva, nem de alguma forma relacionada com a sua vida pessoal. Como forma de exercerem estas duas funções que consideram fundamentais, os autores defendem que para incentivarem os elementos do GB à escuta efetiva, os facilitadores devem funcionar como modelos, e para isso devem também eles focar a sua atenção, desde início, durante a apresentação

do caso, garantindo que o elemento que o está a apresentar não é interrompido. Os mesmos autores (Jablonski et al., 2013) referem ainda que é importante que os facilitadores sejam capazes de identificar situações em que alguns elementos do GB fiquem mais sensibilizados com o caso e mostrarem-se disponíveis para cuidar destas pessoas, reconhecendo que um (ou mais) elemento(s) do GB está(ão) em sofrimento (o que, nos Grupos que funcionam bem, é habitualmente suficiente, já que os restantes elementos passam imediatamente a cuidar do(s) mais fragilizado(s)). Eventualmente os facilitadores podem ainda prestar apoio a estes elementos após a sessão terminar, caso considerem que tal se justifica.

A literatura descreve assim, inequivocamente os facilitadores como figuras centrais dos GB's, dos quais parece depender muito, o bom funcionamento e a eficácia de trabalho do GB, mesmo que não devam assumir uma postura muito interventiva.

A importância do treino dos facilitadores tem-se tornado uma preocupação e, apesar de nem sempre ser possível, hoje algumas sociedades/associações Balint, disponibilizam treino específico para facilitadores o que permite que, além da tradicional aprendizagem mediante a observação de facilitadores experientes possam usufruir também de workshops e supervisão. Nomeadamente, em países europeus como França, Alemanha, Bélgica, Suécia e Reino Unido, sendo que os EUA têm continuado o investimento no treino de facilitadores e no desenvolvimento de procedimentos claros de credencialização dos profissionais a quem é reconhecida competência para desempenhar as funções inerentes à facilitação de um GB (Jablonski et al, 2013; Johnson et al, 2004; Lustig, 2006,).

Inicialmente (grupos liderados por Michael e Enid Balint) a facilitação de cada GB era da responsabilidade de dois profissionais. Hoje co-existem GB's dinamizados por facilitador e co-facilitador e Grupos dinamizados apenas por um facilitador, habitualmente médicos especialistas em medicina geral e familiar com experiência na área psicológica, psiquiatras e / ou psicólogos com experiência em contextos de saúde. Jablonski et al. (2013) argumentam que é sempre preferível os Grupos funcionarem sob a alçada de dois facilitadores já que assim se podem complementar. Um pode, por exemplo, observar acontecimentos e dinâmicas internas ao GB que o outro não percebeu. Se um líder estiver com dificuldades em focar o trabalho do GB na relação médico-doente, o outro facilitador pode ajudar. Finalmente, ambos podem discutir a sessão após esta ter terminado, o que poderá revelar-se muito gratificante e útil.

Como temos vindo a referir, nos GB's que funcionam com dois profissionais responsáveis em cada uma das sessões, um assume a função de facilitador, o outro a de co-facilitador. Esta posição pode ser fixa ao longo dos vários encontros que um determinado GB realiza, ou facilitador e co-facilitador podem alternar entre si estas funções. Contudo, esta alteração nunca ocorre no decorrer de uma sessão. Assim, as funções que cada um deve assumir devem ser muito claras para ambos no início de cada sessão do GB e mantêm-se ao longo da mesma (Jablonski et al, 2013).

Poderá haver uma eventual tendência para que se desenvolva entre os facilitadores e os médicos participantes, uma relação próxima da relação professor-aluno. Porém, desde os primeiros Grupos facilitados por Michael Balint foi feito o esforço para que estes se assumissem como espaços livres e de recetividade, em que cada participante se sentisse confortável para apresentar os seus problemas, na expectativa de obter alguns esclarecimentos acerca destes, através das experiências

vividas e ali oferecidas por outros médicos, para análise e discussão, (Balint,1957/1998; Johnson et al, 2004).

Tal como referem Johnson et al. (2004), é necessária mais investigação sobre o papel dos facilitadores, sendo que esta é justamente uma das questões para as quais o presente estudo pretende contribuir. Consideramos que ao abordarmos os facilitadores como peças fundamentais na dinamização dos GB's, se torna importante perceber de que forma é que o seu desempenho pode influenciar o próprio Grupo.

2.1.2 Principais conceitos associados aos Grupos Balint e sua evolução

Muito do trabalho inicial dos GB's serviu para identificar fenómenos e novas conceptualizações que passaram a integrar a cultura médica, e fundamentalmente a cultura da especialidade de medicina geral e familiar. O principal exemplo talvez seja a construção e disseminação da metáfora do “médico-medicamento”, que explora o potencial terapêutico da relação, através da ideia de que o doente responde/interage não só com, e segundo, as substâncias farmacológicas, mas também com o médico e segundo a pessoa que este médico revela ser. A própria atmosfera que o médico cria e o que demonstra relativamente ao que parece significar para si, a relação com o doente, enquanto clínico, mas também enquanto pessoa, influenciará a resposta do doente (Hull, 1996; Lustig, 2006).

No uso desta metáfora, Balint integra a ideia de díade. Ou seja, não só o doente interage com o médico, como também o médico responde e interage ”com a pessoa que é o doente, e esta resposta pode ser tanto uma fonte de dificuldades na interação mas também de importância fulcral relativamente a informações sobre o doente” (Balint, 1957/1998; Lustig, 2006). Esta visão constitui um novo olhar sobre a relação médico-

doente. Um olhar que permite antever a possibilidade de estabelecimento de uma relação com o doente de acordo com o modelo comunicacional que referimos no primeiro capítulo e que assumimos ser uma base potencial de uma abordagem médica centrada no paciente.

Outra das conceptualizações importantes, fruto do trabalho inicial de desenvolvimento do método Balint, é a designada “função apostólica”, segundo a qual se salienta a importância de olhar para as ideias implícitas que os médicos têm sobre como se devem comportar os indivíduos quando estão doentes e perceber a sua influência na relação que estabelecem na consulta (Balint, 1957/1998; Hull, 1996).

A função apostólica foi, contudo, um conceito que evoluiu, e que o próprio Michael Balint, mediante a continuidade dos Grupos e da investigação a eles intrínseca, sentiu necessidade de reformular. Assim, tal como “preconizou dever a permanência prolongada num grupo conduzir a uma mudança limitada, embora considerável, na personalidade do médico” (Brandão, 2007), também posteriormente concluiu que “todos os médicos têm personalidades muito diferentes e, que estas irão determinar as suas abordagens terapêuticas” (Balint, 1957/1998; Salinsky, 2007), assumindo que uma das aprendizagens mais significativas intrínsecas à frequência destes Grupos, seria aprender a escutar.

Inicialmente Balint incitava os participantes dos Grupos a apresentarem os seus casos mais complexos do ponto de vista psicológico, consubstanciados numa entrevista longa com o paciente. Esta entrevista permitia ao médico recolher um enorme conjunto de informações e perceber o doente (muitas vezes pela primeira vez), para além da sua doença, conhecê-lo enquanto pessoa. No entanto, com o decorrer dos anos,

e após muitas questões relacionadas com a impossibilidade de disponibilizar a todos os pacientes o tempo necessário à utilização desta metodologia (por questões éticas sobre a escolha e diferenciação de oportunidades, relativamente ao conjunto de doentes de cada um dos médicos), o próprio Michael Balint considerou a entrevista longa *como uma espécie de corpo estranho* (Balint & Norell, 1973/1998).

Alguns médicos continuaram a usar esta técnica, contudo a maioria passou a seguir a “ideia de que em seis minutos para o paciente, seria possível através de treino apropriado, encontrar os momentos certos e eficazes para alguma intervenção psicológica que ajudasse eficazmente o paciente ” (Brandão, 2007, p.736). No fundo, conseguir no contexto de uma consulta com a duração usual, identificar-se com o paciente, distanciando-se de seguida, para o poder observar objetivamente (Balint & Norell, 1973/1998; Salinsky, 2007).

E atualmente? O que querem os médicos? Estas são questões colocadas por Salinsky (2007), e sobre as quais reflete. Segundo o autor, hoje os médicos veteranos querem voltar a falar de medicina pessoal, já que se sentem algo “desiludidos com a atual tendência de impiedosa recolha de dados e de “sinalização em caixas” (Salinsky, 2007, p. 12) contudo, procuram também espaço onde se libertem dos casos mais problemáticos e exigentes, numa ótica muito centrada em si próprios, o que obriga a que os facilitadores tentem trabalhar arduamente a empatia.

Quanto aos médicos mais jovens, ainda no seio do seu percurso de especialização, Salinsky (2007) afirma que demonstram grandes dificuldades em se identificarem com os pacientes, e por isso assume que os GB´s tendem a significar para estes médicos, um local onde se criam proximidades com os colegas e se percebe e

busca tranquilidade, no saber o que os outros fariam nas mesmas situações, com os mesmos doentes, não havendo espaço para a empatia e para perceber que ao mudar o médico, muda toda a situação/relação. O autor baseado no estudo de Pinder et al. (2006), questiona ainda as diferenças entre as expectativas dos facilitadores e dos membros dos Grupos e assume este desencontro como um dos atuais desafios dos GB's.

Em suma, Salinsky (2007) admite que atualmente a frequência de GB's pode estar associada à vontade de ouvir e pensar uma medicina mais humana, que permita um melhor desempenho junto dos pacientes. Pode estar associada à procura de apoio e soluções, no desempenho do grupo de pares. E pode também expressar a busca de um espaço que permita dar um significado positivo global, às tarefas inerentes à profissão e aos contextos onde o profissional médico se move. E que estas razões a serem as que levam à frequência dos Grupos são influenciadas pela idade dos médicos e consequentemente pelo seu tempo de experiência. A decisão de se manterem ou não, neles é algo que parece estar associado à forma como o GB é capaz de responder a estas necessidades ou de o médico se ajustar ao que são os propósitos do GB. Torna-se assim premente investigar e confirmar ou não estas possibilidades. Acresce o facto de o autor assumir basear-se no conhecimento mais profundo da realidade inglesa. A investigação que possa ser feita, nomeadamente com base em realidades distintas do Reino Unido, torna-se contributiva para o conhecimento do funcionamento atual dos grupos e para a operacionalização do seu futuro.

2.2 Estado da arte sobre Grupos Balint: o percurso da investigação e desafios atuais

Desde cedo os GB's foram descritos como a verdadeira investigação etnográfica, em que a medicina geral se poderia envolver, já que surgem como um método de recolha de dados, que se foca na relação médico-doente, reconhecendo que a prática clínica é mais do que um comportamento, que é algo que implica relacionar pensamentos e sentimentos, o que torna esta relação mais rica e complexa do que era descrito em muitos livros de medicina da época (Harris, 1989; Hull, 1996, Kjeldmand et al., 2013). O próprio Michael Balint, na sua obra "O Médico, o Doente e a sua Doença" de 1957, descreve os GB's como seminários de "treino-com-pesquisa" já que, na perspectiva do autor, os Grupos possuíam (1) uma componente de treino de competências psicoterapêuticas que permitia aos médicos de clínica geral melhorarem substancialmente a sua relação com os doentes, e conseqüentemente a sua capacidade de os ajudar; e (2) também uma componente de pesquisa que se traduzia no facto de serem instrumentos de recolha e discussão de dados, relativamente à forma como médicos de clínica geral e pacientes reagiam emocionalmente uns aos outros. Para o autor, a componente de pesquisa destes Grupos pretendia ser uma exploração qualitativa do que ocorria na prática da medicina geral. Num período da história em que não existiam livros sobre técnicas de consulta e competências de comunicação, e em que o conceito de competência emocional (como referimos no primeiro capítulo deste trabalho) não era uma prioridade científica, e estava longe de ser uma dimensão conhecida e valorizada no âmbito do desempenho profissional, os GB's procuravam ser uma resposta no desenvolvimento de competências dos médicos, bem como uma possibilidade de explorar a realidade das relações que estabeleciam como os seus

doentes, relacionando-se, “vivendo” com estes médicos, como se de um estudo etnográfico se tratasse (Balint, 1957/1998; Kjeldmand, 2006; Kjeldmand et al., 2013; Salinsky, 2007).

É em 1966 que surge “A Study of Doctors” como resultado do vasto trabalho conduzido por Michael e Enid Balint, em conjunto com outros dois facilitadores dos Grupos na clínica Tavistock. Na altura os GB’s eram ainda denominados *seminários de discussão de casos*. Posteriormente a designação passou para *seminários para clínicos gerais*, a partir do momento em que foram excluídos médicos que não estivessem no ativo e que pertencessem a outras especialidades para além da, na altura designada, clínica geral. Produto de 13 anos de realização destes seminários, neste estudo Balint e a sua equipa identificaram um número muito significativo de médicos (mais de metade), que desistiam antes mesmo de completarem um ano de participação. Mediante um número tão expressivo de desistências consideradas precoces, Balint e a equipa desenvolveram uma entrevista para que esta, realizada no período de integração de cada médico nos Grupos, pudesse funcionar como preditor do progresso possível a cada clínico, no âmbito do treino de competências intrínseco a estes seminários. Esperava-se então que o resultado da entrevista permitisse aos médicos desistentes abdicarem da sua participação sem grande desapontamento e/ou amargura, numa altura em que ainda não estariam muito comprometidos com o Grupo. Evitava-se assim o número elevado de desistências consideradas precoces. Chamaram-lhe “entrevista de seleção mútua” e a sua utilização tinha como fim conseguir garantir que todos os que desejavam integrar estes Grupos entendiam os seus propósitos, o método de trabalho e tinham a expectativa de tirar benefícios da sua participação.

De forma a avaliarem a utilidade do uso desta entrevista, bem como meio de avaliação do próprio treino de competências subjacente à realização dos então designados seminários, a equipa de Michael Balint, construiu um sistema de classificação com base no tempo durante o qual cada médico permanecia nos Grupos. Esta classificação (Balint, M., Balint, Gosling, & Hildebrand, 1966/2001) compreendia, 4 grandes grupos: (A) médicos que abandonavam durante o seu primeiro ano de participação; (B) médicos que abandonavam durante o seu segundo ano de participação; (C) médicos que abandonavam durante o seu terceiro ano de participação; (D) médicos que abandonavam após mais de três anos de participação.

Relativamente aos motivos que conduziam à desistência dos participantes incluídos no grupo A, foram classificados de acordo com 3 grandes categorias, sendo que cada uma delas integrava várias sub-categorias, conforme passamos a apresentar:

Categoria A: Motivos de desistência exteriores ao funcionamento dos seminários e provavelmente até anteriores à integração dos médicos nestes.

A1: Nesta sub-categoria incluíam-se médicos que por diferentes motivos apenas tinham disponibilidade para participar durante um determinado e curto período de tempo. Na maioria das situações os motivos eram considerados válidos, contudo esta situação traduzia-se usualmente num fraco envolvimento dos participantes nos problemas dos seus pacientes e nos problemas dos pacientes apresentados pelos colegas, o que impossibilitava que os seminários tivessem o impacto necessário nestes médicos.

A2: Esta sub-categoria foi denominada por “insufficient intelligence”e

incluíam-se nela situações em que os médicos de forma surpreendente demonstravam grandes dificuldades em seguir e participar nas discussões mantidas nos seminários.

Categoria B: Nesta categoria, eram incluídas as situações que Enid Balint refere serem todas as falhas de diagnóstico da equipa. Foram incluídos nesta categoria todos os médicos que, tendo permanecido no Grupo por um período muito curto de tempo, não permitiram recolher informações que pudessem justificar o seu abandono. Importa referir que as situações associadas a esta categoria tiveram um decréscimo muito positivo a partir do momento em que a entrevista de seleção mútua passou a ser utilizada.

Categoria C: Enid Balint descreve esta categoria como contendo todas as situações de médicos que poderiam ser descritas em termos diagnósticos, e que compreende 4 sub-categorias:

C1 : médicos que sofriam de neuroses graves ou até mesmo de psicoses borderline, hoje integradas nas perturbações da personalidade. Eventualmente aderiram aos Grupos na esperança de fazerem psicoterapia de forma indireta. Alguns destes médicos foram efetivamente encaminhados para psicoterapia, outros acabaram por desistir ao perceberem que os seminários não correspondiam às suas expectativas, outros ainda foram convidados pelo facilitador a saírem.

C2: incluía aqueles que Michael Balint descrevia como médicos “superiores”. Profissionais de sucesso e respeitados por colegas e pacientes, com um forte “fervor apostólico” considerado uma defesa perante a insegurança do médico. Recordamos que este “fervor apostólico” é uma clara alusão ao conceito de função apostólica que

abordámos anteriormente neste trabalho, como uma das principais conceptualizações intrínsecas ao método Balint, que foi sofrendo consideráveis reformulações como também já tivemos oportunidade de referir.

C3: esta categoria abrange médicos considerados conscienciosos e preocupados com os seus doentes, que procuravam nos seminários métodos eficientes de poupança de tempo, regras, discussões que permitissem objetividade e fundamentalmente não implicassem qualquer envolvimento psicológico pessoal. Possivelmente não estariam disponíveis para se exporem e aceitarem uma mudança ligeira mas considerável da sua personalidade, considerado um pré-requisito para inclusão nestes seminários de discussão de casos.

C4: nesta sub-categoria, foram incluídos todos os casos de médicos para quem (apesar de estarem conscientes de que os seus métodos deveriam mudar e estarem disponíveis para eles próprios mudarem) o processo de mudança assume-se como demasiado assustador e potenciador de níveis elevados de ansiedade. Apesar de bem ajustados, durante a entrevista de seleção mútua, evitam vários tópicos e no final, parecem satisfeitos com o facto de lhes ser dada a oportunidade de alterar a sua decisão de ingressar no Grupo de participantes do seminário.

Apesar de Michael Balint ter sempre assumido que o facto de os médicos se manterem mais de um ano nos seminários não significava que todos alcançassem sucesso, no decorrer do estudo patente em “A Study of Doctors” (1966/2001) os autores desenvolveram outro sistema de classificação, agora relativamente aos médicos que mantinham a sua participação por mais de um ano (no mínimo). A criação deste sistema de classificação decorre do facto de sentirem a necessidade de procederem a

uma avaliação do próprio trabalho do grupo e fundamentalmente perceberem a necessidade de um processo de validação da seleção dos participantes com recurso à entrevista de seleção mútua. Este sistema de classificação consubstanciava-se na avaliação da interação do médico com o Grupo e o nível F, era o nível máximo passível de ser atingido e que compreendia uma descrição das competências do médico que significavam mudanças definitivas de qualidade substancial (Balint et al., 1966/2001).

Para atingir este nível, Michael Balint concluiu que os médicos deveriam frequentar assiduamente os seminários pelo menos durante 3 anos, porém compreendeu também que para atingir um progresso significativo, a frequência assídua deveria ser, no mínimo de 1 ano (Balint et al., 1966/2001).

Em resumo, ao questionar o tipo de médicos que desistiam dos Grupos identificando muitas vezes os motivos que conduziam à sua frequência, Balint e a sua equipa, questionaram os motivos que conduzem à participação e ao abandono da frequência destes Grupos, o que lhes permitiu intervir de forma a atingir uma maior estabilidade dos participantes nos Grupos ao longo do tempo e uma descida acentuada do número de desistências. Concluíram também que, o tempo de frequência no Grupo é um fator decisivo quanto ao nível de desenvolvimento que o médico poderá atingir. Hoje, a investigação focada em aspetos como a motivação para a participação nos GB's, bem como nas razões associadas às desistências terá contributos importantes para o conhecimento sobre o funcionamento atual dos GB's. Investigações focadas nos motivos associados à frequência destes Grupos bem como no nível de desenvolvimento atingido pelos participantes, ou seja o impacto da frequência nos Grupos, serão importantes para entender até que ponto os GB's são adequados a todos os médicos e a que médicos se adequam melhor.

Clarificar a relação entre o tempo de frequência nos GB's e o impacto nos participantes, é também uma questão fundamental, que pode ser decisiva na forma como se pensam hoje (em que o tempo é um bem essencial) os Grupos e as expectativas que se criam à volta deles, enquanto espaços promotores de aprendizagens significativas.

Apesar das conclusões do estudo pioneiro que referimos na investigação sobre GB's (Balint et al., 1966/2001) foi-se tornando comumente aceite que os GB's beneficiam sempre, de alguma forma, quem neles esteja integrado e por isso a entrevista de seleção mútua foi caindo em desuso (Kjeldmand et al., 2013). A ideia de um benefício generalizado, impulsiona uma proliferação de Grupos de discussão de casos que utilizam o legado de Balint.

A globalização do método e as mudanças que têm acontecido ao longo do tempo, tornaram os GB's uma realidade extremamente diversificada cuja atividade se generalizou a outras especialidades médicas, para além da medicina geral e familiar (Fitzgerald & Hunter, 2003; Ghetti, Chang & Gosman, 2009). O método passou a ser também utilizado por outros grupos profissionais para além dos médicos, como o caso dos enfermeiros, psicólogos (Bryant, 2007; Seixas, 2007) e até clérigos (Sternlieb, 2011). Atualmente, para além dos GB's mais tradicionais é possível encontrar Grupos que tendo por base o método Balint, associaram a este a contribuição de outros métodos. São exemplo disto, os GB's Prismáticos, ou seja, grupos resultantes do desenvolvimento dos clássicos GB's e que assumem a forma de processos metafóricos-sensoriais orientados pelo humor. Os participantes não devem analisar e interpretar o problema que é colocado através da apresentação de um caso, mas sim introduzir fantasias metafóricas, em que os seus humores, estados físicos e mentais procuram expressão (Drees, 2003; Nease, 2007). É possível encontrar também Grupos de

Psicodrama Balint (Bachmann, 2009; Nease, 2007) onde os participantes representam os papéis inerentes ao caso apresentado. Em alguns países como a Alemanha ou os EUA os GB's assumem-se como uma componente forte da educação médica, em outros, como Portugal, e do ponto de vista da educação médica formal, é hoje um método pouco difundido.

Mediante a globalização do método e perante a diversidade que lhes é atualmente inerente serão adequadas investigações que contribuam para o melhor conhecimento das diferentes realidades de funcionamento dos GB's, que possam assim contribuir para o desenvolvimento de Grupos globalmente mais eficazes.

Apesar da produção científica que tem proliferado um pouco por todo o mundo, acompanhando a disseminação dos GB's, uma análise atenta do estado da arte faz perceber que muita desta produção consiste em artigos teóricos e reflexivos, escritos por médicos de algum modo integrados no movimento Balint e cujas produções são reflexo das suas experiências, substancialmente positivas, como são exemplos os trabalhos de Lavinha (2006), Lopes & Santos (2008), Lustig (2006), Lichtenstein & Lustig (2006), Metzger, E. (2011), Runkle, Morgan & Lipsitt (2006) e Silva (2006). Em Portugal, não conhecemos mesmo, nenhum estudo de base empírica.

Muitos dos trabalhos de reflexão conceptual sobre os GB's, incidem sobre a própria definição destes Grupos e caracterização da forma como se têm desenvolvido (e divergido até, entre si) no que concerne à sua prevalência num determinado país, à regularidade das sessões dos GB's e à composição de cada um deles (Hull, 1996; Lustig, 2006; Johnson, 2001).

Hull (1996) analisa os GB's enquanto metodologia de investigação e defende-a enquanto precursora da abertura da medicina à abordagem qualitativa na investigação, que a autora no final do século XX considerava poder vir a tornar-se muito relevante na medicina geral, já que muitas das atividades que lhe são intrínsecas estão diretamente relacionadas com o detalhe de processos altamente complexos, que podem ser apreendidos e descritos pelos métodos qualitativos.

A autora (Hull, 1996) considera que a metodologia clássica de pesquisa com treino, de Michael Balint, utiliza aquilo a que chama dois ciclos de análise hermenêutica, que ocorrem de forma paralela durante cada sessão de Grupo. Um relacionado com as necessidades de desenvolvimento de competências dos médicos participantes, o outro relacionado com os objetivos de investigação do Grupo.

Não poderíamos deixar de salientar também os trabalhos de Salinsky (2002; 2003; 2007), que além de nos proporcionarem uma viagem pela história dos GB's, alertam para a necessidade de investimento na investigação e no aperfeiçoamento e aumento da formação de facilitadores competentes para assegurarem o funcionamento de Grupos que se revelem contextos de aprendizagens significativas. O autor, discípulo de Michael Balint, continua convicto das mais-valias que a participação em GB's pode trazer aos médicos, no entanto alerta para a necessidade de, tal como Michael Balint foi capaz de escutar ativamente os médicos com quem trabalhou, também hoje os médicos associados ao seu legado, sejam capazes de escutar as necessidades dos médicos que exercem atualmente. Principalmente, no que concerne aos médicos mais jovens, que abraçam agora a profissão e que parecem ter necessidades e angústias diferentes, resultantes de um mundo em constante e veloz mudança. Segundo este autor, a

capacidade de ouvir os médicos é imprescindível para que os GB's possam continuar a ser uma resposta.

Também autores como Brandão (2007), Maoz, Rabin & Matalon (2007), Jablonski (2003) e Nease (2007) enfatizam a necessidade de investigação empírica sobre GB's. Porém, salientam principalmente a ideia de que independentemente dos desafios que os GB's enfrentam e da diversidade e transformações evolutivas que têm assumido, é necessário garantir que dois aspetos centrais ao modelo se mantêm: o foco na relação médico-doente e o ambiente vivido nos Grupos. Os autores alertam para a manutenção destes dois aspetos, na medida em que acreditam que caso contrário a evolução dos GB's conduzirá a uma descaracterização do método difícil de reverter.

Referem-se à manutenção do foco na análise da relação médico-doente como um trabalho orientado não só para a análise do modo de sentir do médico, e do que isso pode traduzir da relação com o doente, mas também sobre a capacidade de olhar e escutar o doente. A importância do foco na relação médico-doente é também importante no sentido de evitar que a discussão do caso evolua para questões relativas ao diagnóstico diferencial ou ao melhor tratamento farmacológico, que em nada estão relacionadas com os objetivos e enquadramento conceptual dos GB's.

Salientam o ambiente vivido nos Grupos, mediante o que consideram dever ser um investimento contínuo, para que se mantenham sempre ambientes de segurança e conforto, que permitam aos médicos partilhar e procurar o apoio dos pares, sem se sentirem julgados ou agredidos.

Ainda no que concerne a trabalhos de reflexão teórica, mas iniciando uma transição para referência a mais trabalhos de índole empírica, na nossa reflexão sobre o

estado da arte gostaríamos de mencionar alguns trabalhos que, pelo seu compromisso com a descrição da realidade (ou partes dela) dos GB's num determinado país, contribuíram de forma inspiradora para a nossa investigação.

Em 2001, Johnson descreve o nascimento e desenvolvimento do movimento Balint na América que conduziu à criação da Sociedade Americana de Balint e à sua integração na Federação Internacional de Balint. Ao fazê-lo recorda como foram Michael e Enid Balint quem primeiro revelaram o método nos EUA a alguns profissionais com quem se cruzaram profissionalmente nas suas viagens e que de tal forma influenciaram, que também eles se tornaram responsáveis pela divulgação do método. Pela divulgação e principalmente pela organização, facilitação de grupos e treino de novos facilitadores. O efeito bola de neve parece ter sido a principal forma de divulgação e desenvolvimento do método Balint nos EUA, onde hoje existe uma Sociedade organizada de profissionais, com vasta produção e com uma preocupação constante pela formação e treino dos facilitadores.

A difusão dos GB's pelos EUA ocorreu a par de várias transformações nestes grupos, como também em 2001 nos descrevem Johnson, Brock, Hamadeh & Stock, num dos raros exemplos de estudo com carácter longitudinal sobre o funcionamento dos GB's nos internatos de medicina familiar nos EUA. Com o objetivo de avaliar a prevalência, a composição, as formas de facilitação e as funções dos grupos, Johnson e a sua equipa, envolveram na investigação 298 diretores de programas de internato em medicina familiar, e compararam os resultados obtidos através de questionário com as informações patentes no primeiro e único relatório existente à data, sobre os GB's nos internatos de medicina familiar. Este relatório reportava-se à realidade do país, em 1990.

Os resultados obtidos demonstraram que, comparativamente a 1990, o número de GB's em funcionamento quase duplicara, e que 48% dos 298 diretores de programas de internato que participaram no estudo confirmaram a existência de GB's nos programas que dirigiam e destes, 40% referiram ter na altura, mais do que um Grupo em funcionamento. Foram poucos os programas que não tendo GB's em funcionamento, indicaram motivos para tal. As principais razões enunciadas foram: falta de interesse por parte dos internos, falta de interesse por parte da faculdade, falta de tempo ou a saída de facilitadores do programa de internato. Segundo, os resultados deste estudo, em 1990 existiam nos EUA 155 GB's a funcionar em 66 programas de internato e em 2000 existiam 228 grupos a funcionar em 142 programas de internato.

A frequência com que os GB's se reúnem parece ter sido o aspeto que mais sofreu alterações durante este período de 10 anos. Assim, em 1990, 55% dos Grupos reunia-se semanalmente, ao passo que no ano 2000, apenas 15% mantinha esta assiduidade. Contudo, se em 1990, 11% reunia mensalmente, em 2000 esta percentagem era de 48%.

A duração dos GB's foi um aspeto que se manteve constante ao longo do tempo, cerca de 3 anos, o que coincide com a duração do período de internato.

Quanto à facilitação dos GB's, o estudo indica que em 2000, cerca de 33% dos grupos funcionava sem a presença de um co-facilitador e que o número de médicos de família que assumiam estes papéis (facilitadores e co-facilitadores) havia diminuído cerca de 10%, enquanto o número de psicólogos a desempenharem estas funções tinha aumentado cerca de 19%. Ainda relativamente à facilitação dos grupos, o estudo

concluiu que apenas 23% dos facilitadores e co-facilitadores dos grupos frequentaram formação específica e intensiva para tal.

Lustig (2006) no seu artigo sobre a perspetiva australiana dos GB's, aponta como principais benefícios associados à participação nestes o facto de serem possibilidades de tornar a medicina geral e familiar numa prática única, enquanto contexto promotor de uma intervenção alargada, ao nível do diagnóstico, tratamento e desenvolvimento de um relacionamento significativo com os doentes. Para a autora, estes grupos são também oportunidades raras na vida de um médico, para partilhar experiências e obter apoio por parte dos pares, e constituem-se como instrumentos de desenvolvimento profissional, nomeadamente no que concerne à relação médico-doente, que Lustig considera imprescindível em qualquer tipo de tratamento. A autora considera os GB's únicos pelo respeito que concedem à prática da medicina geral, pelo facto de o seu foco ser na relação médico-doente, permitindo uma aplicabilidade num vasto conjunto de doentes pelo facto de ser possível acompanhar alguns casos ao longo do tempo e fundamentalmente pelo contexto de apoio, segurança e intimidade que se proporciona com os colegas e que torna estes grupos promotores de desenvolvimento profissional.

Lustig (2006) faz um retrato que confessa pouco fundamentado, já que não se consubstancia num estudo formal sobre a realidade dos GB's na Austrália. Caracteriza-os como sendo poucos, em comparação com países como os Estados Unidos ou a Alemanha, em que os GB's são frequentemente utilizados ao nível do treino de futuros médicos. Os motivos para esta realidade são, para a autora, pouco claros, mas acredita que podem passar por: (a) desconhecimento sobre os GB's; (b) dificuldades em reconhecer o valor de uma atividade que a autora classifica como não sendo didática e

focada na procura de soluções; (c) a crença de que o método foi suplantado por outros que entretanto emergiram; (d) a existência de poucos facilitadores habilitados e que estão normalmente concentrados nas grandes cidades; (e) devido às pressões financeiras e de tempo constantemente exercidas sobre os médicos; (f) alguma ansiedade dos clínicos relativamente à necessidade de exporem detalhadamente uma parte do seu trabalho e do seu desempenho; (g) e por fim a cultura médica e as personalidades dos profissionais, cujo interesse em participar em GB's, pode ser diminuído pelo facto de esta metodologia obrigar a colocar em causa a postura egocentrada do médico como detentor de todas as respostas certas.

No que concerne à descrição da realidade dos GB's num determinado país, não podemos deixar de fazer referência à tese de doutoramento de Dorte Kjeldmand (2006), que não fazendo uma caracterização exaustiva dos grupos, faz contudo referência à realidade sueca que contextualizou a sua investigação. Pelo que voltaremos em breve a este trabalho.

A produção científica académica é extraordinariamente rara no âmbito do estudo dos GB's. Apenas conhecemos 3 teses de doutoramento (Brandt, 2009; Cunha, 2009; Kjeldmand, 2006), cujo tema de base são os GB's. A primeira, utiliza o quadro conceptual intrínseco ao modelo Balint e tem por objetivo estabelecer as bases para um modelo de intervenção em grupo que possa contribuir para diminuir a violência nas relações entre líderes e subordinados e estabelecer princípios para relações humanas fundadas na ética humanista (Brandt, 2009).

O segundo trabalho académico que referimos (Cunha, 2009), apesar de se relacionar com a área da saúde, tem por base, não só o enquadramento conceptual do

modelo Balint como também o método Paidéia para a co-gestão. Este trabalho propõe uma variação dos GB's, que o autor designa por GB's – Paidéia. Estes grupos baseiam-se na discussão de casos clínicos, mas também de casos associados às relações institucionais. Os grupos são formados por médicos, enfermeiros e outros profissionais de saúde integrados nas instituições de saúde a que os GB's estão associados. As sessões têm uma duração aproximada de 4 horas e metade deste tempo é utilizado para aulas ou leitura de textos. Os casos podem ser apresentados individualmente ou coletivamente, os coordenadores das instituições estão habitualmente presentes e o GB nunca está “fechado”. O funcionamento “semi-aberto” dos grupos é justificado pelo facto de existir a possibilidade de profissionais de saúde e gestores habitualmente externos ao GB, serem convidados a participar.

Estes trabalhos de investigação são exemplos do quanto o modelo Balint se disseminou para além da área de intervenção inicial. No trabalho de Brandt (2009) os participantes da investigação são indivíduos que ocupam diferentes cargos de liderança em instituições públicas e privadas das áreas da saúde, apoio a portadores de deficiência, militares e religiosas. Sendo que esta investigação em nada se relaciona com a utilização dos GB's como recurso de desenvolvimento com vista a uma relação médico-doente mais eficaz. O trabalho de Cunha (2009) propõe o funcionamento de Grupos que contrariam princípios considerados fundamentais ao método Balint, por vários autores (Brandão, 2007; Maoz et al.; 2007; Jablonski, 2003; Nease, 2007) como já referimos. Nomeadamente pelo facto de o foco dos GB's não ser exclusivamente a relação médico-doente e o ambiente de segurança e confiança no GB poder ser afetado pelo facto de serem grupos permanentemente semi-abertos, com um número de

participantes que pode ir até aos 20, e onde habitualmente participam elementos com relações profissionais baseadas em níveis hierárquicos diferentes.

Assim, das 3 teses referidas, apenas a tese de Kjeldmand (2006) se consubstancia no estudo dos GB's cujo funcionamento decorre do método original. Kjeldmand é uma autora proeminente, tendo vários artigos publicados sobre esta temática. Esta autora é clínica geral e há muito participante em GB, tendo-se tornado posteriormente facilitadora destes grupos.

O seu trabalho apresentado na Universidade de Uppsala compreende 4 estudos independentes, que pretendem contribuir para o objetivo geral de estudar os GB's e os seus efeitos nos clínicos gerais. Todos os estudos foram realizados na Suécia, com a colaboração de clínicos gerais integrados em GB's a funcionarem nesse país, e os seus resultados convergem para a conclusão de que o método Balint parece ser uma forma eficiente na promoção de uma nova compreensão sobre a relação médico-doente, com potenciais efeitos positivos no doente. Voltaremos a este trabalho e aos estudos que o compõem ao longo das próximas páginas do presente trabalho, na tentativa de os apresentar de forma articulada com a restante investigação empírica.

Analisando os principais estudos de base empírica realizados desde a década de 90, encontramos em 1994 o estudo de Musham & Brock que através da comparação entre 9 médicos que durante o seu internato frequentavam assiduamente sessões de GB's e 7 médicos que durante o mesmo período da sua formação médica, frequentavam as mesmas sessões de forma irregular, concluiu que os que frequentaram os GB's de forma assídua apresentavam melhores indicadores ao nível da intuição. Estes profissionais mostravam acreditar que a participação nos Grupos tinha contribuído para

se compreenderem melhor na relação com os doentes, aumentarem as suas competências empáticas e tornarem as suas respostas aos doentes mais diversificadas, e por isso mais adequadas a cada um deles.

Fitzgerald & Hunter (2003), compararam a competência de 8 psiquiatras (sendo que um desistiu durante o processo), na resolução de uma tarefa de base clínica, antes e depois de um período de um ano, em que participaram semanalmente num GB facilitado pelos autores. Os psiquiatras participantes no estudo, encontravam-se num período de preparação para a realização de provas de ingresso no Royal College of Psychiatric e como tal, a designada tarefa de base clínica utilizada antes e depois da participação no GB, era semelhante às realizadas nos exames de acesso a esta sociedade profissional. Os autores concluíram que o desempenho dos participantes foi substancialmente melhor quando confrontados com a mesma tarefa, após um ano de frequência dos GB's. Estes resultados aliados às observações que os autores puderam fazer no Grupo durante um ano, (enquanto facilitadores) levou-os a sugerir que os GB's poderiam ser um método interessante para introduzir a psicoterapia a futuros psiquiatras. Contudo, importa referir que durante o período em que frequentaram o GB, os participantes usufruíram também de outros instrumentos de desenvolvimento profissional, nomeadamente supervisão clínica, aulas e conferências o que limita as interpretações dos resultados obtidos sobre o impacto da frequência em GB's.

Também em 2003, Johnson, Brock & Hueston, publicam os resultados de um dos raros estudos longitudinais realizados sobre os GB's. Após um extensivo teste psicológico a internos de medicina familiar os autores concluíram, mediante diferenças estatisticamente significativas, que os internos que participaram em GB's durante dois anos eram mais intuitivos que os internos que apenas frequentaram os grupos durante 6

meses. Baseados na falta de assiduidade observada em alguns dos participantes, os autores concluem que os GB's não são adequados a todos os médicos. Considerando ainda que a intuição foi a única característica onde obtiveram diferenças estatisticamente significativas, os autores revelam existir necessidade de mais investigação que permita caracterizar características desenvolvidas pelos médicos que frequentam GB's em relação a médicos que não os frequentam.

Turner & Malm (2004) revelam os resultados de um estudo comparativo entre um grupo de internos de medicina familiar que participaram em GB's, e um grupo de internos da mesma especialidade sem qualquer frequência nestes Grupos, no que concerne aos seus comportamentos no desempenho da profissão médica. Concluem que apenas os internos que frequentaram os GB's revelavam melhorias de acordo com a avaliação realizada através do Psychological Medicine Inventory, utilizado para avaliar ambos os Grupos no início do estudo e decorrido um ano de frequência de GB's. No entanto, os autores alertam para algumas das limitações deste estudo. Nomeadamente, o facto de o número de participantes ser baixo (14 no total), e os dados terem sido recolhidos através de relatórios de auto-avaliação dos participantes, o que implica ser necessário que os resultados sejam confirmados por outros, nomeadamente através de uma avaliação do comportamento do médico participante no GB, na relação com os doentes. Os autores alertam para a importância de ser feita investigação quanto a eventuais diferenças de resultados mediante o género dos participantes e referem que não é possível retirar conclusões sobre o impacto dos GB's em internos integrados em programas desenvolvidos em meios mais urbanos, do que o meio (rural) onde o estudo foi realizado.

A existência de uma relação entre os GB's e a relação dos médicos que os frequentam com o seu trabalho (satisfação no trabalho e auto-estima profissional) tem sido também um tema que tem interessado alguns autores (Cataldo, Peeden, Geesey & Dickerson, 2005; Kjeldmand, 2006, Kjeldmand & Holmström, 2008; Margalit, Glick, Benbassat, Cohen & Katz, 2005).

Cataldo et al. (2005) procuraram determinar se a frequência de GB's, durante o internato de medicina geral e familiar estaria de alguma forma relacionada com diferenças na empatia e satisfação no trabalho. Para tal, avaliaram e compararam dois grupos de médicos. Um grupo composto por 113 indivíduos que durante 2 anos frequentaram GB's (por opção sua) e outro grupo composto por 69 médicos que apenas frequentaram GB's durante 6 meses (período obrigatório). Os autores não encontraram diferenças estatisticamente significativas no que concerne à empatia ou à satisfação no trabalho, contudo, aqueles que participaram no GB durante 2 anos, demonstraram maior certeza e satisfação com a escolha da medicina geral e familiar como especialidade.

Os autores salientam contudo, a dificuldade que é avaliar a empatia e a satisfação no trabalho de forma objetiva, apesar de terem sido utilizados instrumentos validados para tal. Sugerem que a empatia possa, em estudos futuros ser avaliada através das perceções que os doentes têm acerca das várias competências dos médicos, que integram o conceito de empatia. Quanto à satisfação no trabalho, os autores recordam que a leitura dos resultados deve ter em conta que a satisfação pode variar, na medida em que os médicos podem em determinado período, estar mais ou menos satisfeitos com o seu trabalho e esta variação pode estar relacionada com vários fatores.

Os autores consideram ainda que o número de participantes da investigação é baixo e sugerem que em futuras investigações, os participantes estejam integrados em diferentes GB's.

Margalit et al. (2005) avaliaram dois programas educativos que tinham como objetivo melhorar o conhecimento dos médicos de família sobre a abordagem psicossocial e a sua auto-estima profissional. Ambos tinham duração de 12 semanas, sendo a diferença substancial entre os dois a metodologia de base. Um mais tradicional e expositivo, outro baseado numa metodologia mais ativa e que incluía a frequência de GB's. Os 44 participantes foram aleatoriamente distribuídos pelos dois Grupos (22 em cada um) e todos foram avaliados através de um questionário antes de iniciarem o programa educativo e 6 meses após a conclusão do programa. Os autores obtiveram resultados que indicaram que ambos os Grupos haviam melhorado, contudo os elementos integrados no programa que incluía a participação em GB's revelavam diferenças positivamente significativas no que concerne ao aumento da auto-estima profissional, comparativamente com os elementos do Grupo que frequentaram o programa descrito como mais tradicional e expositivo. Contudo, e tal como em outros estudos, verifica-se que os participantes que integravam GB's, beneficiavam no mesmo programa educativo de outros processos de desenvolvimento de competências, o que, como já referimos limita a interpretação dos resultados quanto ao impacto dos GB's.

Também Kjeldmand (2006) e Kjeldmand & Holmström (2008) contribuem para o conhecimento sobre a relação existente entre a participação em GB's e a melhoria da satisfação dos médicos face ao seu desempenho e ao seu local de trabalho. Numa das investigações, integradas na referida tese, o principal objetivo era determinar de que forma os clínicos gerais participantes em GB's diferiam de outros colegas (também

clínicos gerais mas sem prática em GB's) relativamente à sua satisfação com o trabalho e à perceção de competência na relação com doentes com problemas psicossomáticos. Participaram neste estudo, de abordagem quantitativa, 41 clínicos gerais e os principais resultados indicam que os médicos que participavam em GB's estavam mais satisfeitos e descreviam uma maior sensação de controlo sobre a sua situação laboral.

Kjeldmand (2006) e Kjeldmand & Holmström (2008) pretendiam explorar a experiência de participação dos médicos de clínica geral em GB's e avaliar a influência desta na sua vida profissional. Recorrendo à análise fenomenológica das entrevistas realizadas a 9 médicos especialistas em medicina geral e familiar, com experiência de 3 a 15 anos nestes Grupos, os autores concluíram que o método Balint pode ajudar os médicos a lidarem com uma vida profissional exigente na medida em que promovem uma maior satisfação com o trabalho. Concluem também que, apesar de poderem não se adequar a todos os médicos, os GB's podem atuar de forma preventiva relativamente a estados de fadiga e burnout, cada vez mais comuns em profissionais da área da medicina, confirmando o que haviam referido autores como Benson & Magraith (2005) num trabalho de carácter conceptual e sem base empírica.

Ainda intrínseco à tese de doutoramento, Kjeldmand (2006) levou a cabo um estudo que tinha por objetivo descrever um novo método que permitisse determinar a perceção dos médicos face ao grau em que cada um percebia utilizar na sua prática clínica, uma abordagem centrada no paciente. Os participantes deste estudo, foram os mesmos, que no primeiro estudo da autora, que enunciamos em cima, o que significa que também neste estudo, a autora comparou os resultados obtidos num grupo de médicos com frequência de GB's relativamente a um outro grupo de médicos sem qualquer experiência nestes Grupos. Um número estatisticamente significativo do

Grupo de participantes em Balint revelou uma abordagem centrada no paciente, em comparação com o grupo de controlo. A autora sugere que o instrumento utilizado na investigação, além de útil na reflexão sobre a relação médico – doente, possa vir a ser utilizado como forma de detetar sinais de burnout.

Mediante os resultados obtidos nos vários estudos que compõem a tese, Kjeldmand (2006) sugere que sejam realizadas investigações que permitam conhecer a forma como os GB's atingem os seus objetivos e comparar as perceções de facilitadores e participantes. Sugere também que sejam realizados estudos que possam confrontar os resultados encontrados relativamente à abordagem centrada no paciente, com os resultados obtidos através de técnicas de observações de consultas. A autora refere ainda a importância de investigações que estudem as experiências individuais (positivas e negativas) dos membros dos grupos, na medida em que estes resultados poderão contribuir para que seja possível entender que médicos beneficiam com a participação em GB's. Conhecimento que poderá conduzir ao desenvolvimento de modelos educacionais mais diversificados. As eventuais diferenças de impactos dos GB's mediante o género dos participantes são também apontadas como questões que devem ser tidas em conta em investigações futuras.

Apesar da inquestionável contribuição de todos os estudos que fomos elencando, para a melhoria do conhecimento sobre os GB's, as transformações e adaptações que têm sofrido, e fundamentalmente para a descoberta de evidências relativas à eficácia deste método, existem algumas limitações partilhadas entre eles. Em primeiro lugar o facto de a maioria se basear em números reduzidos de participantes, o que limita a possibilidade de se encontrarem diferenças estatisticamente significativas, quando em comparação com um grupo de controlo. Em segundo lugar o facto de se reportarem a

curtos períodos de avaliação e participação nos grupos, por parte dos médicos da amostra. Aliado a isto, muitas das investigações têm como participantes médicos em período de internato, ou seja, um período caracterizado pelo facto de estarem integrados em diferentes processos de desenvolvimento profissional (formação, supervisão clínica, entre outros) o que dificulta a assunção de relações causais lineares entre a frequência de GB's e a alteração de uma determinada variável. Apesar dos resultados estatisticamente significativos, as ilações retiradas a partir da sua análise devem ser cautelosas, na medida em que se torna difícil garantir que qualquer alteração verificada se deve única e exclusivamente à frequência nos GB's.

Acreditamos que estas limitações estão diretamente relacionadas com características de funcionamento dos próprios GB's. Em muitos países o número destes Grupos é relativamente reduzido, nem sempre estão registados, e por isso nem sempre são conhecidos (Kjeldmand et al. 2013; Jablonski et al, 2013). Além disso, alguns grupos não possuem uma estrutura estável (participantes que não participam de forma assídua) o que pode dificultar a investigação.

Consideramos importante referir desde já estas limitações, pois ignorá-las pode conduzir-nos a uma visão reduzida e tendenciosa sobre os GB, que nos faça esquecer um outro aspeto fundamental e comum a muitas destas investigações: o facto de a eficácia do método Balint, (traduzida através da relação positiva entre a sua frequência e a melhoria de estados emocionais e /ou aumento de diversas competências úteis, especialmente na componente humana do desempenho médico) não se verificar em todos os médicos. De que forma se poderá então prever para quem poderá ser útil esta experiência? Quais as situações em que os GB's possam não ser referenciados como

experiências positivas? Estas são algumas das questões a que a investigação empírica poderá e deverá responder, tão brevemente quanto seja possível.

Quanto às experiências consideradas menos positivas e refletindo sobre esta faceta menos explorada relativa à vivência dos GB's não poderíamos deixar de referir Kjeldmand & Glaser (2007). Num estudo de abordagem qualitativa foram entrevistados 8 facilitadores de 5 países diferentes, sobre o que cria dificuldades ao seu trabalho como facilitadores e porque desistem alguns membros dos GB's. As autoras constataram que as principais razões estavam globalmente associadas a 3 aspetos: o indivíduo, o facilitador e o GB e o contexto, sendo que foi possível às autoras associarem um conjunto diverso de sub-temas evidentes a partir da análise das entrevistas. Decorrente da análise destes dados, as autoras levantam um conjunto de questões e desafiam a que outros se interroguem e investiguem, nomeadamente que importância tem o contexto onde está integrado o GB, numa altura em que todos os profissionais são altamente pressionados e o tempo urge? Qual é o nosso entendimento do que deve ser o contexto de um GB? Qual o papel dos facilitadores? Existe uma cultura sobre o que devem ou não ser os GB's? E a existir, é benéfica ou apenas conveniente? Quando se congregam no mesmo Grupo médicos experientes com médicos mais jovens, é explicado aos primeiros que são modelos para os segundos e que por isso estão também a fazer o trabalho dos facilitadores e que não lhes é mais permitido sentirem-se seguros, fracos e imperfeitos? Ou até inseguros?

Estas são algumas das questões levantadas e que servem de enquadramento à nossa investigação, já que por as julgarmos de muita pertinência, tentaremos contribuir para que se encontrem algumas respostas, juntamente com mais algumas perguntas que

esperamos possam concorrer para o conhecimento de como funcionam os GB's e qual o seu impacto na vida dos médicos que os integram.

Apesar dos estudos já realizados no âmbito dos GB's, continua a ser uma necessidade premente, a realização de investigações de base empírica, apesar de algumas resistências que surgem, por vezes, por parte de médicos, participantes nos GB's. Segundo Maoz et al. (2007) estas resistências (para além de todos os motivos técnicos e objetivos, como a falta de tempo ou algumas dificuldades logísticas e metodológicas), estarão talvez associadas a razões menos racionais e menos conscientes. Segundo Maoz et al. (2007) estas resistências estarão eventualmente relacionadas com as pressões pela objetividade e evidência a que todo o trabalho médico é hoje obrigado, o que eventualmente poderá despertar nos médicos o desejo de manter, os GB's, como um lugar seguro, onde apenas a componente humana do desempenho médico é abordada. Relativamente à produção científica com base empírica, Kjeldmand et al. (2013) reforçam a urgência do aumento da investigação, mas alertam para outro facto a ter em conta. As investigações realizadas têm fundamentalmente resultado do trabalho de médicos envolvidos em GB's e que por isso, tendencialmente terão maiores dificuldades em ser objetivos na análise de dados, relativamente à eficácia do método, enquanto processo de desenvolvimento de competências necessárias ao desempenho médico e por isso, enquanto processos de desenvolvimento profissional. Os mesmos autores salientam que os discípulos de Balint tal como os seus sucessores partilham a forte convicção de que os GB's podem dar uma forte contribuição na educação médica, ao nível da formação inicial (dirigidos a estudantes de medicina), ao nível da formação associada aos internatos da especialidade e também enquanto instrumento de desenvolvimento profissional dirigido a médicos

especialistas, no âmbito do seu desenvolvimento profissional contínuo. Porém prevalece a dificuldade em aceder à Academia e tornar os GB's parte integrante dos currículos da educação médica. Os autores acrescentam que é necessário cativar profissionais de outras áreas científicas além da medicina, para que investiguem os GB's e assim possam colaborar no desenvolvimento do método e contribuir para o aumento da sua credibilidade.

Admitimos que este conjunto de ideias traz pertinência a este trabalho. Por ser um trabalho académico com base numa investigação empírica, acreditamos poderá contribuir para o conhecimento sobre os GB's e divulgação do conhecimento na Academia. Pelo facto de nenhum dos membros da equipa ser médico (são ambos psicólogos) e nenhum frequentar GB's, o que à luz das considerações dos autores Kjeldmand et al. (2013) que há pouco referimos, anulará o eventual enviesamento na análise dos dados, que receiam que possa estar enraizado na produção científica sobre o tema, pelos motivos que já apontámos.

Observando criticamente a história e desenvolvimento do método Balint e a forma como se vai cruzando com a investigação, percebemos que se inicialmente as principais questões que instigavam maior curiosidade, estavam diretamente relacionadas com a metáfora do médico como um medicamento e procurava-se saber como, a quem e em que situações e momentos administrá-lo, hoje as principais questões são outras. Elas surgem em torno dos eventuais benefícios (não só dos médicos como também dos doentes) associados ao facto de os médicos participarem nestes grupos. Parece assim tornar-se necessário questionar os GB's enquanto processo de desenvolvimento profissional contínuo (como pretendemos fazer no âmbito deste trabalho) e a sua eficiência comparativamente a outros processos (Kjeldmand et al., 2013).

Perante a necessidade de um desenvolvimento contínuo, por parte dos profissionais médicos (EQUIP e EURACT, 2002; Gomes, 2008a, 2008b), e estando o trabalho a evoluir de um período focado nos aspetos tecnológicos, para um novo período focado na relação (Henochowicz & Hetherington, 2005; dos Santos, 2008), consideramos pertinente pensar os GB's, perspetivando-os como um processo de desenvolvimento profissional contínuo, seguindo a linha de investigação que questiona como se deverão adaptar os GB's, de forma a responderem eficazmente aos desafios que se colocam aos profissionais de hoje, sem contudo, perderem as suas características mais essenciais (Pinder et al., 2006; Salinsky, 2007). Mediante a necessidade identificada de questionar o desenvolvimento destes grupos e a sua eficácia enquanto resposta aos problemas com que os médicos da atualidade se parecem deparar (Wilke, 2005; Pinder et al. 2006; Salinsky, 2007) assumimos como compromisso relevante para o nosso trabalho proceder à identificação e caracterização dos grupos de médicos, que atualmente em Portugal se reúnem e trabalham assumindo o método Balint.

Em suma, ao longo do presente capítulo, fizemos uma revisão histórica sobre o desenvolvimento do método Balint, que nos permitiu conhecer o fundador, de quem herdou o nome e as motivações que o despertaram. Nomeadamente o interesse sobre a relação médico-doente e a importância do papel do médico nesta relação. Foi também possível entender que estas são ainda hoje, algumas das principais razões que levam a que muitos autores se questionem sobre o funcionamento e eficácia dos GB's, num período em que a componente humana do desempenho médico parece voltar a ganhar importância, depois de um período de vigência quase exclusiva de um modelo biomédico, associado a uma medicina baseada na evidência, que apenas privilegia a componente técnica do desempenho.

Uma análise crítica e cuidada sobre a evolução dos GB's, como principal produto do método desenvolvido por Michael Balint e pela sua equipa, permitiu-nos avaliar quais os principais contributos conceptuais deste método, de que forma foram evoluindo e como é que hoje são entendidos e integrados nos GB's existentes um pouco pelo mundo. Constatamos que a realidade destes Grupos é hoje muito diversa, e que não existe qualquer conhecimento sobre a realidade em Portugal.

A revisão crítica da literatura sobre esta temática permitiu-nos perceber que a produção científica associada aos GB's é fundamentalmente de natureza conceptual, apesar de nos últimos anos se ter verificado o aumento da produção empírica que continua a ser de grande importância. A investigação de carácter conceptual e empírica tem sido quase exclusivamente realizada por médicos que participam em GB's, o que remete para a necessidade que outros profissionais não médicos e externos aos grupos, possam contribuir com a sua visão para o conhecimento sobre este método, como é objetivo deste trabalho. Encontramos ainda, no decorrer desta revisão crítica da literatura, a necessidade apontada por diversos autores, de se procederem a estudos sobre o processo inerente ao funcionamento dos GB's e às experiências mais e menos positivas dos indivíduos que neles participam, já que este conhecimento poderá contribuir para uma melhor compreensão sobre quem são os médicos que podemos esperar que beneficiem mais deste tipo de processo de desenvolvimento profissional. Esta necessidade verificada reforça a pertinência do nosso trabalho, na medida em que, através do estudo empírico que apresentaremos de seguida, nos propusemos a conhecer as perspetivas que os médicos participantes e os facilitadores têm sobre os GB's onde estão integrados, quais as suas motivações para a participação, que benefícios acreditam

ter decorrentes da participação e quais as experiências que relatam como sendo as menos positivas.

Acreditamos que este conhecimento, tal como sugerem outras investigações já realizadas e que analisámos no decorrer do presente capítulo, poderá contribuir para que se conceptualizem e desenvolvam modelos educacionais mais diversificados.

A análise do estado da arte relativo aos GB's, e a verificação de que são poucos os existentes, que os participantes nem sempre têm uma participação assídua e/ou muito prolongada no tempo, aliado ao facto de não existir qualquer estudo sobre a realidade portuguesa, justificam também a nossa opção metodológica no que concerne ao estudo empírico que apresentaremos de seguida.

Estudo Empírico

Este capítulo apresenta a fundamentação e descrição das opções metodológicas que estiveram subjacentes à realização do presente estudo empírico.

Para tal, apresentamos as orientações gerais subjacentes ao trabalho, nomeadamente as questões de investigação e a abordagem metodológica escolhida. Identificamos a entrevista como instrumento de recolha de dados e descrevemos o guião e os procedimentos inerentes à sua realização. Fazemos ainda uma caracterização dos entrevistados e descrevemos todos os contactos estabelecidos para a realização das entrevistas.

Ainda neste capítulo salientamos todos os aspetos deontológicos inerentes à realização da presente investigação e terminamos com uma reflexão crítica sobre os aspetos relativos à validade, confiabilidade e transferibilidade deste estudo.

3. Método

3.1 Aspetos gerais

No presente trabalho pretendemos fundamentalmente criar significado e aumentar a compreensão sobre o método Balint. Uma revisão cuidada da literatura revela que o conhecimento sobre GB's encontra-se fragmentado, não existindo teorias consistentes acerca do método cuja verificação pudesse ser objecto de investigação. Essa fragmentação do conhecimento existente expressa-se na existência de uma

multiplicidade de pequenos trabalhos (baixo número de participantes) e na insuficiente elaboração de modelos ou proposições teóricas que possam guiar os estudos empíricos. Esta fragilidade do conhecimento existente torna pertinente o aprofundamento de conhecimento sobre os GB que possa contribuir para um melhor entendimento das características distintivas destes Grupos e dos seus processos. Tal aprofundamento deverá incluir, entre outras, as perspetivas daqueles que são seus protagonistas principais: participantes e facilitadores dos GB. Além disso, a inexistência de estudos empíricos realizados em Portugal acrescenta um argumento adicional para a realização de investigação empírica sobre Grupos em funcionamento neste país. Assim, é objetivo deste trabalho entender as perspetivas dos participantes destes Grupos no que concerne à forma como os conceptualizam, como descrevem o seu funcionamento, o que os motiva a participar e o que motiva outros a abandonarem estes Grupos, ou simplesmente a nunca neles se envolverem. Pretendemos compreender as perspetivas que têm sobre a sua participação (nomeadamente os aspectos positivos da mesma) e o modo como descrevem o impacto desta no seu desempenho enquanto médicos. Pretendemos ainda conhecer algo que tem sido pouco explorado na investigação realizada até ao presente: os aspectos menos positivos dos GB.

São por isso, as seguintes, as questões desta investigação:

1. Quais os conceitos de GB's na perspectiva dos seus membros (participantes e facilitadores)?
2. Quais as motivações envolvidas nos GB's?
3. Qual o funcionamento dos GB's?
 - 3.1 Quais as funções atribuídas pelos membros dos Grupos, aos facilitadores?

- 3.2 Quais os momentos das sessões de GB's, considerados mais significativos pelos seus membros?
- 3.3 Quais as experiências vividas nos GB's, que os membros identificam como sendo as menos positivas?
- 3.4 Que mudanças acontecem nos Grupos ao longo do tempo?
- 3.5 Qual o enquadramento institucional dos GB's?
4. Qual o impacto decorrente da participação em GB's, na perspectiva dos seus membros (participantes e facilitadores)?

Uma abordagem qualitativa parece servir estes objetivos, na medida em que, para explorarmos os significados da participação em GB's, como são experienciados pelos próprios indivíduos, no seu contexto natural, é necessário acedermos às suas verbalizações (Malterud, 2001; Pratt, 2009). A já mencionada escassez de investigação empírica, bem como a sua fragmentação, tornam ainda mais adequada uma abordagem qualitativa capaz de produzir proposições teóricas sobre as quais investigações futuras possam vir a ser desenvolvidas.

Os obstáculos encontrados para a realização de estudos empíricos quantitativos têm sido mencionados por vários autores (Kjeldmand et al, 2013). Tradicionalmente existem poucos GB's (sendo por vezes difíceis de identificar) e os seus membros são frequentemente pouco acessíveis.

Na presente investigação o que procuramos é significado e não significância (estatística). Nenhum método de investigação será capaz de descrever plenamente a vida das pessoas, o que pensam, sentem e as realidades que vivem, contudo, este trabalho pretende também contribuir para evitar a supremacia da investigação quantitativa, e

colaborar para que exista alguma diversidade na investigação na área médica, conforme sugeriu Malterud (2001).

Os GB's, ou seminários de treino-pesquisa, são na sua génese também eles um método de investigação. Foi esta forte componente que permitiu obras como *O Médico, o Seu Doente e a Doença* (Balint, 1957/1998) ou *Seis Minutos para o Doente* (Balint & Norell, 1973/1998), contudo como refere Hull (1996) uma das críticas apontadas desde cedo ao método Balint era o facto de não existirem praticamente referências ou descrições acerca de como era feita a análise dos dados e escritos os relatórios. Esta não tem de ser uma limitação nos estudos de âmbito qualitativo, pelo que é contínua neste trabalho, a preocupação por descrições claras e detalhadas dos procedimentos utilizados na recolha e análise dos dados.

Em suma, a intenção subjacente ao presente trabalho de investigação é proceder a uma caracterização cuidada dos GB's portugueses, dirigidos a médicos, enquanto processos de desenvolvimento profissional contínuo, mediante a recolha e análise das perspetivas dos seus membros (participantes e facilitadores). Este trabalho poderá contribuir para que os responsáveis pela educação médica, os decisores políticos e os médicos em geral, possam tomar decisões mais informadas sobre a eventual inclusão deste método na educação médica. Será possível, por exemplo, após comparação com outros processos de desenvolvimento profissional contínuo, a integração mais concreta dos GB no desenvolvimento médico ao nível graduado e/ou pós graduado, quer como componente proposta formalmente nos programas das escolas de medicina, quer como alternativa que possa ser abraçada numa decisão individual de participação.

Para a análise de dados, procedemos a uma análise de conteúdo qualitativa, enquanto método sensível ao conteúdo dos dados e flexível ao desenho metodológico do trabalho de investigação, que permite lidar com um grande volume de dados produzidos através da realização de entrevistas presenciais a diferentes pessoas (Elo & Kyngäs, 2008). A entrevista, enquanto instrumento de recolha de dados, parece-nos uma escolha adequada ao presente trabalho, na medida em que permite a investigação das interpretações subjetivas dos participantes dos GB's, sobre a sua experiência nestes. É assumido que a experiência relatada pelo entrevistado tem várias qualidades e significados e que o entrevistador pode explorar isto (Gubrium & Holstein, 2001).

3.2. A entrevista

Pretendemos com o presente trabalho contribuir para a elaboração de um conjunto de proposições conceptuais, que permitam enriquecer o conhecimento atual sobre GB's, nomeadamente no que concerne à realidade portuguesa. Sobre esta, como já mencionámos, não existe qualquer estudo empírico prévio. Para este empreendimento, a entrevista foi considerada o instrumento adequado à recolha de dados, visto que pode ser utilizada de forma exploratória, quando o objetivo é investigar as interpretações subjetivas dos participantes num determinado fenómeno.

No uso da entrevista é permitido aos entrevistados, o espaço necessário para que possam expandir as suas respostas e relatos dos seus sentimentos e experiências. As suas respostas não estão pré-categorizadas no guião de entrevista e é assumido que os tópicos de interesse possam não ser totalmente conhecidos desde o início. Tal como no

presente trabalho, ao recorrer ao uso da entrevista, o objetivo é perceber o quê, como e porquê e não quanto(s) (Pratt, 2009).

A realização de entrevistas qualitativas implica quatro momentos distintos: a definição da questão de investigação, a elaboração do guião da entrevista, o recrutamento dos participantes e a realização da entrevista. Tendo já sido descritas as questões que norteiam a nossa investigação, apresentaremos de seguida: 1) o guião da entrevista e as orientações gerais tidas em conta na sua construção, bem como uma análise detalhada de cada uma das questões e a descrição dos procedimentos utilizados na realização das entrevistas; 2) uma descrição detalhada dos contactos estabelecidos com os participantes, nomeadamente no que se refere à apresentação do estudo e ao pedido de colaboração; 3) Uma caracterização dos entrevistados, com referência a algumas condições e características que os tornaram adequados à participação neste estudo.

3.2.1 O guião da entrevista

Segundo Patton (2002) referido por Al- Busaidi (2008), o guião da entrevista é um conjunto de questões amplas, que o entrevistador é livre para explorar com o entrevistado. Assumindo que a entrevista qualitativa (semi-estruturada), evidencia a habilidade das pessoas atribuírem um significado através da linguagem, não podem existir fórmulas efetivas para a realização de entrevistas ou mesmo para a formulação de perguntas eficazes. Dizemos eficazes, porque o entrevistador não pode perder nunca a noção de qual o objetivo da investigação e consequentemente o objetivo da entrevista. E as perguntas mais adequadas (portanto mais eficazes) a uma determinada entrevista no quadro de uma investigação específica dependem sempre do interesse e capacidade de

escuta ativa do entrevistador, como fundamentalmente dos objetivos e questões de investigação (Miguel, 2010).

O guião de investigação assume-se então, como um instrumento de auxílio ao entrevistador para que mantenha a atenção nos aspetos que são importantes explorar, mantenha a consistência entre as entrevistas com diferentes entrevistados, e siga o fio condutor previsto para a entrevista. Em suma, que o entrevistador seja capaz de gerir as entrevistas de forma sistemática e compreensiva (Al – Busaidi, 2008). O guião da entrevista é um recurso importante, na boa prossecução da entrevista, contudo, espera-se que o entrevistador não o reproduza textualmente e seja capaz de integrar questões que mesmo não constando do guião, se tornam adequadas mediante a resposta anterior do entrevistado. Estas questões introduzidas pelo entrevistador, devem permitir uma maior clareza sobre as respostas do entrevistado e um melhor entendimento de quais os significados que atribuiu à experiência ou fenómeno que relata. É este o entendimento que está subjacente ao guião de entrevista (e à entrevista) usado na presente investigação.

A elaboração do conteúdo do nosso guião de entrevista decorreu fundamentalmente de quatro elementos orientadores: a) a revisão da literatura existente; b) o conhecimento da investigadora sobre os GB's, e a sua experiência num Grupo de demonstração; c) a discussão com um painel de peritos, quatro dos quais pertencentes às associações nacionais de GB's em Inglaterra, Suécia e EUA, integrados presentemente ou no passado recente na direção da Federação Internacional de Balint e autores reconhecidos mundialmente pela sua experiência em investigação em GB's. O quinto perito considerado é o orientador científico da presente investigação; d) o problema de investigação, desdobrado nos subproblemas enunciados já previamente.

O guião da entrevista (ver anexo A) inclui, além das questões abertas que considerámos adequadas para recolher informações pertinentes relativamente às questões de investigação, um conjunto de notas para auxiliar a entrevistadora durante a realização da entrevista. Essas notas, referentes a cada uma das perguntas do guião, referem os aspetos que se pretendem esclarecer com a pergunta. Isso serviu para que a entrevistadora reformulasse ou colocasse questões adicionais, quando considerava que estes aspetos não estavam claros na resposta e era possível ao entrevistado torná-los mais perceptíveis.

3.2.2. Orientações gerais

Na sua versão final a entrevista foi estruturada de acordo com 6 orientações gerais:

- Progredir na entrevista primeiro questionando aspetos relacionados com a vivência individual de cada participante nos GB's, depois questionando aspetos relacionados com as suas perspetivas sobre os Grupos, enquanto método e reportando-se à experiência vivida, e por fim, um conjunto de questões que permitissem ao entrevistado também clarificar, questionar ou comentar qualquer aspeto relacionado com a temática da entrevista, ou com a realização da própria entrevista.

- Evoluir na entrevista das questões consideradas mais factuais para as mais vivenciais, nomeadamente no que concerne às primeiras questões relacionadas com a vivência individual de cada entrevistado. Essencialmente solicitar primeiro recordações específicas, solicitando que fosse descrita uma situação

exemplificativa e depois os pensamentos, interpretações e significados que as situações lembradas e relatadas suscitaram.

Caso estas duas orientações não tivessem contribuído para a organização do guião de entrevista, eventualmente poderíamos ter obtido respostas mais teóricas e menos relacionadas com as experiências vividas nos GB's e os significados atribuídos a elas.

- Ajustar a formulação da pergunta consoante o entrevistado e o contexto da entrevista. A flexibilidade é permitida quando utilizamos este tipo de entrevistas, pelo que sempre que um entrevistado parecia ter percebido algo diferente do que havia sido questionado, revelava ter dúvidas quanto a ter percebido bem a questão, ou sempre que se desviava do objetivo da questão, a entrevistadora devia reformular a pergunta.

-Auxiliar os entrevistados a recordarem situações que pudessem ilustrar as suas respostas, nomeadamente através de questões que reportassem a um determinado momento (como ao perguntar: “por exemplo, o último caso que apresentou numa sessão de GB's...”), ou que pudessem despoletar emoções mais claras (como na questão: “Pense no pior momento que tenha vivido no âmbito da participação no Grupo”).

- Formulação de pequenos conjuntos de questões curtas. Tendo como pressuposto que questões curtas podem conduzir a respostas pouco investidas, mas que questões longas tendencialmente serão mais dificilmente recordadas, tornam mais difícil a compreensão e por estes motivos mais facilmente levam a respostas menos precisas relativamente ao objetivo da questão, optámos por um

conjunto de questões curtas, organizadas de acordo com os seguintes critérios alternativos: a) poderiam ser colocadas sequencialmente, ou seja, a segunda questão está invariavelmente relacionada com a primeira; b) poderiam ser colocadas em separado, mediante a resposta do entrevistado e no decorrer desta.

- Opção por questões abertas, considerando que pretendíamos obter as perspectivas dos entrevistados sobre os GB's e a vivência nestes Grupos. A escolha deste tipo de perguntas possibilita aos participantes contribuir com informações mais detalhadas e ao entrevistador incluir mais facilmente, na entrevista, questões de clarificação. Como refere Turner (2010), este tipo de questões permite aos participantes expressarem plenamente os seus pontos de vista e experiências, o que se adequa aos objetivos da presente investigação.

Apesar da entrevista apresentar no guião (ver anexo A), um tom muito incisivo e formal, este não foi o estilo prevalente no decorrer das entrevistas. Fundamentalmente procurou-se cumprir dois critérios: a) adequar a postura e o tom da entrevista ao entrevistado, para que se sentisse confortável e seguro; b) manter a distância profissional necessária para que o contexto fosse sentido como adequado, confortável e seguro para ambos (entrevistado e entrevistadora).

3.2.3. Contatos com os participantes

Através de pesquisa na internet, obtivemos o endereço de correio eletrónico do presidente da Associação Portuguesa de GB's, que em resposta ao nosso contato acedeu à marcação de um encontro presencial, onde tivemos oportunidade de demonstrar o nosso interesse pelos GB's e apresentar a nossa intenção de vir a desenvolver um projeto de investigação, nesta área, integrado no processo de doutoramento da

investigadora. Neste encontro questionámos quantos GB's dirigidos a médicos existiam, à data, em Portugal, e averiguámos a possibilidade de conseguirmos chegar ao contacto direto com os médicos integrados nestes Grupos. Foi-nos dada a informação de que existiam 5 GB's dirigidos exclusivamente a médicos, em funcionamento no país (sendo que na altura não foi possível obter a confirmação inequívoca acerca do funcionamento de um destes Grupos, o que apenas se veio a confirmar posteriormente, quando contactámos o facilitador responsável pelo referido grupo). Todos os contactos dos facilitadores dos 5 GB's foram obtidos nesta altura, através da APGB.

No processo de abordagem direta aos participantes dos GB's, optámos por contactar inicialmente os elementos dos Grupos de Lisboa, depois os Grupos de Aveiro e por fim, o Grupo do Porto. Esta foi uma decisão apenas baseada na proximidade do local de reunião do Grupo, relativamente a Évora, já que se sabia que as entrevistas a efetuar aos elementos dos Grupos de Aveiro e Porto, implicariam uma organização do tempo e logísticas diferentes à investigadora, obrigando a ausências mais prolongadas de Évora.

O procedimento de contacto com os potenciais participantes foi idêntico em todos os Grupos, à exceção de uma pequena diferença que aconteceu num dos Grupos e que assinalaremos mais à frente na descrição de todas as formas de contacto e atuação.

A abordagem inicial a cada um dos GB's, consubstanciava-se através do contacto com o respetivo facilitador, via email, cujo conteúdo era:

- 1) Apresentação da investigadora, da instituição universitária e do professor responsável pela orientação do trabalho, explicando o facto de a investigação ocorrer no âmbito de um processo de doutoramento subjacente ao tema: GB's.

- 2) Explicação do pedido realizado à APGB, para identificação dos GB's em funcionamento em Portugal, e cedência de contactos de participantes destes Grupos, tornando claro de que forma havíamos conseguido os endereços de correio eletrónico.
- 3) Apresentação da investigação enquanto estudo de abordagem qualitativa, sobre os GB's em Portugal, pelo que demonstrava-se interesse em entrevistar presencialmente médicos participantes e facilitadores destes Grupos. Indicação de que a entrevista teria em média a duração máxima de uma hora e que proceder-se-ia ao registo áudio.
- 4) Esclarecimento sobre a total disponibilidade da investigadora para se deslocar ao local que o potencial entrevistado considerasse mais adequado, na data e horário a definir e que lhes fosse totalmente conveniente.
- 5) Pedido de colaboração, sendo que a entrevistadora se mostrava totalmente disponível para responder a qualquer questão ou clarificar alguma dúvida através da resposta ao email enviado ou através do contacto telefónico que deixava.
- 6) Uma breve e última referência à importância do potencial entrevistado para a boa prossecução do trabalho de investigação.
- 7) A investigadora terminava agradecendo ao potencial entrevistado.

Todos os facilitadores contactados responderam de forma célere e acederam ao nosso convite. Com alguns facilitadores os contactos para agendamento de data, local e horário foram realizados exclusivamente por email, contudo, por iniciativa do participante, existiram situações em que após o primeiro contacto por email, os restantes contactos foram realizados pelo telefone. O conteúdo destes contactos subsequentes ao primeiro email enviado pela investigadora, foi na generalidade:

- 1) Agendar data, horário e local para a realização da entrevista, sendo sempre garantida a disponibilidade da investigadora para se deslocar.
- 2) Solicitação aos participantes, para que sugerissem o momento e o local que lhes fosse mais conveniente e onde se sentissem confortáveis. Indicava-se que, simultaneamente, o local escolhido devia ser suficientemente tranquilo, adequado à realização de uma entrevista confidencial e garantisse as condições necessárias ao registo áudio.

Todos os facilitadores demonstram interesse no estudo e acederam à participação de forma muito disponível.

Após a realização de cada uma das entrevistas com os facilitadores, ficava acordado que na sessão de grupo seguinte, o facilitador faria uma primeira abordagem ao Grupo com o objetivo de que os potenciais participantes acessem a receber (no início ou final de uma das sessões) a investigadora, para que pessoalmente tivesse oportunidade de apresentar o estudo, e realizar o convite à participação. Nos quatro GB's em que o procedimento utilizado foi este, todos aceitaram sem restrições e com alguma curiosidade a visita da investigadora, conforme nos relataram os facilitadores. Foi com eles que agendamos a data e horários das visitas aos Grupos. O contacto com um dos Grupos, foi ligeiramente diferente, na medida em que, em vez de ter sido agendada uma visita ao Grupo, o facilitador (posteriormente à sua própria entrevista e após ter recebido todas as informações desejadas sobre o estudo) e depois de ter conversado com o Grupo, enviou para a investigadora, os contactos de email de todos os elementos do Grupo, com a informação de que todos estavam disponíveis para serem contactados e eventualmente participarem na investigação.

O conteúdo das visitas aos GB's era muito semelhante ao conteúdo dos primeiros emails enviados para os facilitadores, e que já descrevemos. Acrescia apenas o facto de que agora solicitávamos a todos os que estivessem disponíveis para participarem, que deixassem os seus contactos no documento disponibilizado pela investigadora para o efeito, para que assim, e de forma célere, se pudessem encetar comunicações individualizadas de forma a proceder ao agendamento da entrevista, consoante a disponibilidade de cada um, e/ou esclarecer qualquer questão ou dúvida que eventualmente surgisse sobre a investigação e a participação nesta. Em dois dos quatro GB's que visitámos os participantes preferiram responsabilizar um dos elementos por enviar para a investigadora via email, os contactos de email de todos os participantes, o que se verificou de forma muito rápida.

Tal como acordado nas visitas aos Grupos, e pela facilitadora de um dos Grupos (que nos indicou os contactos dos elementos do seu Grupo), contactámos por email os potenciais entrevistados, reforçando a disponibilidade da investigadora para agendar a entrevista em data, horário e local sugerido pelo participante e voltando a alertar para que o local escolhido fosse um local que garantisse a confidencialidade e que desejavelmente não tivesse muito ruído de forma a que este não prejudicasse a concentração dos intervenientes, bem como a qualidade da gravação áudio.

Assim, na totalidade foram contactados 6 facilitadores (4 facilitadores e 2 co-facilitadores), e 46 participantes dos 5 Grupos identificados, o que perfaz um total de 52 indivíduos.

Quanto aos facilitadores, todos foram entrevistados. Relativamente aos participantes, realizámos 25 entrevistas. Apesar da disponibilidade e interesse

demonstrados, e de todos os contactos que foram mantidos, no caso de 6 participantes não foi possível encontrar uma data disponível a ambas as partes (investigadora e participante) no período que reservámos à realização das entrevistas. Quinze médicos apesarem de terem cedido o seu contacto, nunca retornaram o nosso convite. Depois de realizadas 31 entrevistas que nos pareciam já não trazer novos dados substanciais e cumprido o objetivo de entrevistar participantes e facilitadores integrados em todos os GB's dirigidos exclusivamente a médicos, em funcionamento em Portugal, optámos por não insistir num novo contacto.

O pormenor com que descrevemos todos os processos de contacto realizados com potenciais entrevistados, decorre da necessidade de evidenciar o cuidado com que estes foram realizados de forma a garantir o cumprimento de todas as questões deontológicas e favorecer relações de confiança, que promovessem a participação dos potenciais entrevistados, bem como garantir a clareza e transparência na descrição de todos os procedimentos inerentes à realização do estudo, o que sendo esta uma investigação qualitativa, se torna uma necessidade ainda mais premente.

3.2.4 A realização da entrevista

As entrevistas inerentes ao presente estudo, realizaram-se em locais indicados pelos entrevistados como sendo confortáveis e suficientemente reservados. Assim, as entrevistas foram realizadas em locais tão díspares como salas de reuniões, cafés, bibliotecas ou residências dos entrevistados. Na sua maioria foram sobretudo realizadas nos consultórios dos médicos entrevistados.

Na data, local e horário previamente acordado, a entrevistadora encontrava-se com o entrevistado, munida do gravador, dois exemplares do documento referente ao consentimento informado (ver anexo B) e o guião da entrevista (ver anexo A).

A entrevistadora optou por sentar-se sempre no local indicado pelo entrevistado, numa atitude de respeito pelo espaço demarcado por ele, mediante uma preocupação constante em tornar o ambiente confortável para o participante. Isto significa que muitas entrevistas decorreram com a entrevistadora em ângulo reto com o entrevistado, outras decorreram frente a frente.

A maioria das entrevistas, de acordo com o que havia sido pedido anteriormente, não sofreram qualquer interrupção, contudo, em duas situações pontuais ocorreram mesmo algumas interrupções às entrevistas, devido a situações diretamente relacionadas com as funções do médico entrevistado que, em ambas as situações, realizava a entrevista no local de trabalho. Nestas situações, quando a entrevista recomeçava a entrevistadora voltava a repetir a última pergunta realizada e resumia o que tinha sido até ao momento a resposta do entrevistado.

No início da entrevista era lembrado ao entrevistado o objetivo do trabalho. A entrevistadora apresentava de seguida o documento referente ao consentimento informando (ver anexo B) e explicava que o uso deste documento estava diretamente relacionado com a preocupação de cumprir com todos os procedimentos deontológicos inerentes à investigação. A apresentação deste documento consistia num breve resumo do conteúdo do mesmo, salientando a confidencialidade por parte dos responsáveis pela investigação e o facto de, mesmo após a realização da entrevista, e sem ter que apresentar qualquer outro motivo, para além da sua vontade, o entrevistado ter o direito

de desistir da sua participação, bastando para isso informar a entrevistadora. Neste momento perguntava ao entrevistado, se desejava algum esclarecimento fornecendo-o de imediato, nos casos em que tal foi necessário.

Era após a assinatura dos documentos do consentimento informado por ambos (um exemplar para o entrevistado, outro para a entrevistadora) que ligava o gravador. Alguns entrevistados demonstravam algum nervosismo associado ao gravador (apesar de terem sido previamente informados de que era necessário que se procedesse à gravação, para permitir a posterior análise dos dados e todos os entrevistados terem prontamente aceite este facto, demonstrando total compreensão) que a entrevistadora tentou aliviar fazendo um comentário descontraído acerca do gravador, o que provocava alguns sorrisos e comentários e notoriamente aliviava a ansiedade e promovia um maior conforto do entrevistado.

Assim, após início da gravação, introduzíamos as questões da entrevista segundo o guião que apresentamos:

Introdução prévia: Gostaria de reiterar o agradecimento pelo facto de ter concordado em participar nesta investigação, e pelo tempo que disponibilizou para me receber. Gostaria ainda de reforçar a ideia, de que não existem respostas certas ou erradas às questões que colocarei de seguida. O objetivo do nosso trabalho não se prende com qualquer avaliação acerca dos conhecimentos teóricos que os entrevistados têm acerca do método Balint, mas sim compreender as perspetivas dos participantes acerca destes grupos. O que pensam, sentem e vivem no seio destes grupos e de que forma isso se repercute no seu trabalho. Peço-lhe que se sinta confortável para falar livremente e questionar-me caso considere que os termos não

são os mais adequados ou perceptíveis. Reformularei a questão e procurarei ser mais clara.

Com esta primeira nota introdutória, pretendia-se criar uma relação de parceria com o entrevistado, em que se sentisse escutado e importante para a investigação, na tentativa de promover respostas longas e investidas, sabendo que algumas delas exigiriam esforço, nomeadamente para recordarem situações exemplificativas, como pedíamos. Sabíamos também que algumas respostas implicariam a partilha de algumas situações vividas como menos positivas ou sentidas de forma mais intensa, pelo que era preocupação constante potenciar um ambiente sentido pelo entrevistado como confortável e seguro, em que o entrevistado assumia o papel principal e que tinha toda a atenção por parte da entrevistadora.

Primeira Questão: Gostaria de começar por lhe perguntar qual o momento ou os momentos que considera mais significativos, nas sessões dos Grupos Balint? E porque razões são esses momentos os mais significativos para si?

Com esta primeira questão pretendia-se reportar o indivíduo para a sua vivência subjetiva da participação em GB's, procurando que a resposta não fosse generalista, mas que localizasse o entrevistado no ambiente e situações vividas nas sessões. Por outro lado, sendo objetivo deste trabalho caracterizar os GB's em Portugal, e sabendo anteriormente, fruto da revisão da literatura, que os vários momentos intrínsecos às sessões, ou seja o procedimento utilizado em cada um dos GB's podia divergir (Drees, 2003; Lustig, 2006), procurámos com esta questão identificar estas possíveis diferenças. Com esta questão pretendia-se também obter respostas que nos elucidassem sobre o

significado atribuído a diferentes momentos das sessões, no sentido de contribuir para um melhor conhecimento do processo subjacente ao método Balint.

Segunda Questão: *Pedia-lhe agora que me descrevesse uma situação em que considere que o facto de participar em Grupos Balint teve influência direta no seu desempenho.*

Com esta questão pretendia-se que através da descrição de uma situação vivida por si, no âmbito do seu desempenho profissional, o entrevistado descrevesse a relação com um doente e os aspetos dessa relação que acreditava terem sofrido mudanças devido à sua participação em GB's. Pretendia-se também que na resposta do entrevistado fosse possível identificar as características que atribuía ao GB em que participava e que haviam influenciado as mudanças identificadas na relação com os doentes.

Terceira Questão: *Que impacto percebe em si, que atribui à sua participação nos GB?*

A descrição de uma situação em que o entrevistado reconhece ter havido mudança na relação com um doente, devido ao facto de participar em GB's, não era suficiente para perceber o resultado da participação nestes Grupos. Assim, esta questão pretendia contribuir para a identificação dos principais resultados da participação em GB's, identificados pelos seus participantes. Considerando que esta questão remetia para mudanças pessoais, pretendia-se também na resposta que os entrevistados identificassem o impacto da sua participação em GB's, referindo se este é diferente consoante o papel que desempenham na sessão (relatar o caso para discussão na sessão, ou contribuir para a discussão do caso apresentado por um colega), ou ainda se este

impacto é diferente consoante se intervém no GB enquanto participante ou facilitador. Globalmente, a pertinência desta questão está na possibilidade de identificar o que o entrevistado refere como sendo o mais importante para si, decorrente da sua participação nestes Grupos.

Quarta Questão: Descreva-me uma situação em que participar num GB não tenha sido uma boa experiência...

Esta questão visava identificar aspetos negativos decorrentes da participação nos GB's, sendo este um aspeto que tem sido menos explorado na literatura sobre o tema. Num trabalho cuja finalidade é caracterizar os GB's, não poderíamos deixar de abordar também esta perspetiva. Antecipando que este seria um aspeto sobre a participação a que os entrevistados teriam mais dificuldades em responder, e que exigiria um esforço maior do ponto de vista emocional e na tentativa de evitar que por isso, as respostas se tornassem muito curtas e pouco investidas, optámos por abordar este aspeto solicitando o relato de uma situação vivida pelo entrevistado. A partir do relato solicitado, poderiam ser identificados e esclarecidos vários aspetos dos GB's, vividos como sendo menos positivos, por parte dos elementos dos Grupos.

Confirmou-se o fato de esta ser das questões que os entrevistados mais dificuldades tinham para encontrar uma resposta. Alguns entrevistados, num primeiro momento mais impulsivo, respondiam por exemplo “Não sei...tenho que pensar...” ou “não, não, não me lembro...” Em muitas situações a entrevistadora teve que incentivar à resposta, com afirmações como “Temos todo o tempo que desejar...” ou “talvez se pensar nas últimas sessões...” ou ainda “não tem que ser uma situação negativa...apenas uma situação, um momento menos positivo...”.

Quinta Questão: *Lembra-se de pessoas que tenham abandonado o grupo? Questiona-se porque o terão feito? Que motivos atribui a estas desistências?*

É objetivo deste trabalho analisar aspetos motivacionais relacionados com a participação em GB's. Assim, com esta questão ambicionava-se que os participantes se reportassem a situações de desistência de outros elementos do Grupo onde estão integrados ou onde eventualmente já tivessem estado envolvidos e que consequentemente enunciassem as motivações que atribuem a estas desistências fazendo referência ao facto de estas desistências terem impacto ou não em si. Sendo que em caso positivo, pudessem descrever este impacto.

Em suma, esta questão visa compreender as atribuições que os participantes dos GB's fazem, quanto às motivações que terão estado na base da decisão de abandono por parte de outros participantes. Tem também como objetivo contribuir para a recolha de respostas que possam indicar se existe um período de frequência (mínimo e máximo) aconselhável à participação em GB's.

Sexta-Questão: *O que são para si, os Grupos Balint?*

Com esta questão pretendia-se compreender qual a conceção individual que o entrevistado tem acerca dos GB's. Nomeadamente, quais os objetivos do Grupo que identificava como principais e as características associadas a um médico que partilha a abordagem Balintina. Esta pergunta ambicionava ainda obter, da parte dos entrevistados, uma caracterização genérica dos GB's, designadamente dos Grupos em atividade em Portugal. Não era intenção desta questão que o entrevistado descrevesse especificamente o funcionamento do GB onde estava integrado, mas perceber de que

forma conceptualizava o que são estes Grupos, independentemente das concepções teóricas existentes.

Embora avaliar o conhecimento dos médicos sobre definições teóricas de GB's, não fosse nosso objetivo e por isso enunciarmos a questão, referindo “*O que são para si...*”, alguns entrevistados interpretaram a questão como uma tentativa de remeter a sua resposta para um plano mais teórico, o que os levou a breves momentos em que a entrevistadora percebeu alguma ansiedade perante a possibilidade de estarem perante uma avaliação. Nestas situações a entrevistadora rapidamente clarificou a questão, reforçando a ideia de que o que se pretendia na resposta era a percepção do entrevistado, e não uma definição teórica do autor com quem mais se identificasse. De forma tranquila foi fortalecida a ideia de que toda a entrevista se reportava ao que viviam e como interpretavam essas vivências, os participantes em GB's, pelo que em nenhuma questão ao longo da entrevista se pretendia avaliar qualquer conhecimento teórico dos entrevistados.

Em todas as situações em que a pergunta pareceu ter causado alguma ansiedade, após algumas reformulações e reforço dos pressupostos subjacentes ao estudo, quanto ao objetivo de obter as percepções dos participantes de GB's, os entrevistados tranquilizaram rapidamente e acabaram por dar respostas investidas à questão.

Sétima Questão: *Que funções atribui aos facilitadores dos Grupos Balint?*

Tendo o presente trabalho a finalidade de caracterizar os GB's, e sendo os facilitadores elementos essenciais na existência e funcionamento destes Grupos (American Balint Society, 2010; Jablonski et al., 2013; Johnson et al., 2004; Kjeldmand

& Holmström, 2010; Lopes & Santos, 2008; Meumann, 2013; Milberg, 2011; Nielsen, 2003), esta questão visava sobretudo, obter respostas acerca de como os participantes viam os facilitadores, as suas principais funções, os resultados do seu trabalho e o impacto do mesmo, no Grupo e no entrevistado. Pretendia-se também conhecer as perspetivas dos facilitadores sobre os mesmos aspetos, ou seja, conhecer as perspetivas que os facilitadores tinham sobre si, as suas funções, o resultado do seu desempenho e o impacto desse desempenho no Grupo e nos seus elementos.

Oitava Questão: *Já sentiu mudanças no seu grupo, com o decorrer do tempo? Se sim, como as descreveria? Que efeito tiveram estas em si? E nos restantes participantes?*

Este grupo de breves questões decorre diretamente de uma sugestão de um dos elementos do painel de peritos que contribuiu e validou o guião da entrevista. O perito em causa considerou que o guião da entrevista poderia ser melhorado abordando a eventual mudança que ocorria num grupo com o decorrer do tempo. De acordo com esta sugestão e com o objetivo de indagar se os entrevistados percebiam mudanças nos GB's ao longo do tempo, e quais os efeitos dessas eventuais mudanças, nomeadamente na qualidade do trabalho desenvolvido pelo Grupo, integrámos este aspeto, que acreditamos enriquecerá o nosso trabalho.

Nona Questão: *Há alguma questão que não tenha sido colocada ao longo da entrevista mas que considera que deveria ter sido feita?*

Esta questão visava reservar um espaço na entrevista para que o entrevistado abordasse algum aspeto que assumisse, para si, importância. Permitia que algo relevante e que eventualmente não tivesse sido abordado durante a entrevista, o pudesse, desta

forma, ainda ser. Mas, fundamentalmente cumpria com uma vontade nossa de garantir aos entrevistados um espaço exclusivamente deles, já que até ali, de forma tão generosa, se haviam deixado conduzir pelas perguntas colocadas sempre pela entrevistadora. Em algumas situações os entrevistados voltaram atrás na entrevista e aproveitaram para clarificar e/ou aprofundar alguma resposta. Noutras os entrevistados referiram não lhes ocorrer nenhuma questão e remeteram para o facto de que tudo havia sido explorado no decorrer das questões enunciadas pela entrevistadora. Contudo, alguns dos entrevistados identificaram uma questão ou um tema, e nestes momentos era-lhes pedido que fossem os próprios entrevistados a responder, muitas vezes apelando à metáfora do espelho, e referindo:

“Que questão tão interessante...gostaria agora, que imaginasse que eu sou um espelho e portanto, que respondesse à questão que acabou de colocar...”

Os entrevistados reagiram a esta abordagem de forma divertida, muitas vezes sorrindo e fazendo afirmações do género “já percebi é para eu responder também...” enquanto a entrevistadora lhes pedia que respondessem à questão. Noutras entrevistas nem sequer foi necessário à entrevistadora solicitar que o entrevistado respondesse à questão que acabava de enunciar, porque por iniciativa própria o participante fazia-o.

Décima Questão: Há mais algum ponto que queira referir?

Esta questão estava integrada no guião da entrevista como forma de criar uma oportunidade para a entrevistadora receber um feedback dos entrevistados e para que estes pudessem comentar a experiência. Esta questão vai de encontro às nossas preocupações deontológicas (aspeto que retomaremos de forma detalhada mais à frente), na medida em que permitia ao entrevistado clarificar alguma questão, mostrar-

se desconfortável com alguma situação ou eventualmente informar que pretendia desistir da participação na investigação, como era seu direito e como havia sido explicado previamente e explícito no documento de consentimento informado (ver anexo B), assinado antes da entrevista. Esta era também uma oportunidade para de imediato a entrevistadora clarificar algum aspeto ou dúvida, pedir desculpa, tranquilizar quanto às garantias de confidencialidade, no fundo reagir adequadamente aos comentários dos entrevistados.

Tal como todas as outras respostas, decorrentes das outras questões inerentes a cada entrevista, as respostas a estas duas últimas questões, foram posteriormente classificadas consoante as categorias de análise que se revelaram pertinentes.

Como temos vindo a referir, o guião de entrevista (ver anexo A), funcionou como um auxiliar que permitiu garantir consistência entre as diferentes entrevistas, o que não impediu que algumas perguntas externas ao guião fossem formuladas, ou outras omitidas, quando respondidas previamente pelos entrevistados. Sempre que foi sentida a necessidade de eliminar uma determinada questão, optámos por fazer referência ao facto, por entendermos que esta era bem recebida pelos entrevistados, na medida em que parecia incentivá-los para o seu envolvimento nas respostas. Habitualmente após referência da entrevistadora ao facto de aquele ser o momento para uma determinada questão, que parecia já não ser necessária mediante por exemplo, a resposta à questão anterior, o entrevistado acrescentava normalmente um qualquer detalhe, tentava clarificar algum aspeto, ou recordar alguma situação exemplificativa.

Final da entrevista: *Resta-me agradecer-lhe toda a sua disponibilidade. Se lhe ocorrer algo de importante sobre a nossa conversa, tem os meus contactos, por*

favor não hesite em utilizá-los. Apesar de formalmente a entrevista acabar aqui, e como já havíamos combinado, vou agora fazer-lhe apenas algumas questões que me ajudarão a caracterizar os participantes da investigação.

Apesar de formalmente o momento final da entrevista ser após a resposta à décima questão e posterior agradecimento pela colaboração do participante, de acordo com o que já havia sido previamente combinado com o entrevistado, o gravador continuou ligado e a entrevistadora teve oportunidade de fazer algumas questões de caracterização do entrevistado. Foi explicado anteriormente ao entrevistado que se optaria por esta forma de registo, em vez do pedido para que fosse o próprio entrevistado a responder a um breve questionário de caracterização, já que esta forma de proceder se tornaria mais rápida, o que se revelava um aspeto fundamental tendo os entrevistados agendas muito preenchidas.

Conforme consta no anexo C os dados que se pretendiam obter eram: data de nascimento, profissão, especialidade médica, posição na carreira, há quanto tempo exercia a profissão, o(s) contexto(s) em que o entrevistado exercia, em que distrito e se já havia estado integrado em outro(s). Quais o(s) contexto(s) em que tinha exercido desde o início da sua participação em GB's, qual o GB em que estava integrado e há quanto tempo e se havia tido alguma experiência noutra GB.

No caso dos facilitadores, questionou-se também qual o percurso que haviam percorrido até se tornarem facilitadores, que GB ou GB's facilitava e há quanto tempo o fazia. Se tinha experiência de facilitação de outros Grupos e em caso afirmativo durante quanto tempo. Os facilitadores foram também questionados relativamente à sua

credenciação como facilitadores e se participavam simultaneamente em outro GB no papel de participantes.

Sempre que se verificava que alguma destas informações já havia ficado registada no âmbito da resposta a alguma das questões colocadas durante a entrevista, a entrevistadora, durante o período de caracterização, eliminava essa questão de forma a não prolongar o tempo necessário à entrevista e evitar o entrevistado repetir informações pessoais que já havia fornecido. Após a obtenção destes dados a entrevistadora reforçou o agradecimento pela participação, entregou uma declaração de participação no estudo (ver anexo D), devidamente reconhecida pela instituição universitária à qual a investigação está relacionada e assinada pelos responsáveis pela investigação, sendo então o gravador desligado.

Depois de analisado em detalhe o guião da entrevista utilizado (ver anexo A) é possível esquematizar a relação entre as várias questões de investigação deste trabalho e o referido guião. O objetivo central deste trabalho é caracterizar os GB's em Portugal, enquanto processo de desenvolvimento profissional contínuo na profissão médica, na perspetiva de participantes e facilitadores. Para tal, a investigação orienta-se por um conjunto de quatro questões, sendo que uma delas se divide em 5 sub-questões, que se relacionam com as perguntas do guião de entrevista. Pelo carácter da nona e décima questão do guião da entrevista, e que apresentámos anteriormente, elas poderão relacionar-se com todas as questões da investigação conforme se pode constatar na Tabela 3.1.

Tabela 3.1

Relação das questões de investigação com as perguntas do guião da entrevista

Questões de Investigação	Perguntas do Guião
1.Quais os conceitos de GB´s na perspectiva dos seus membros (participantes e facilitadores)?	6;9;10
2.Quais as motivações envolvidas nos GB´s?	1, 2, 3, 5;9;10
3.Qual o funcionamento dos GB´s?	1;6;7;9;10
3.1.Quais as funções atribuídas pelos membros dos Grupos, aos facilitadores?	7;9;10
3.2.Quais os momentos das sessões de GB´s, considerados mais significativos pelos seus membros?	1;9;10
3.3.Quais as experiências vividas nos GB´s, que os membros identificam como sendo as menos positivas?	4;9;10
3.4.Que mudanças acontecem nos Grupos ao longo do tempo?	5;8,9,10
3.5.Qual o enquadramento institucional dos GB´s?	6;8;9;10
4.Qual o impacto decorrente da participação em GB´s, na perspectiva dos seus membros (participantes e facilitadores)?	2;3;5;8;9;10

As entrevistas, realizadas entre fevereiro de 2012 e Abril de 2013, tiveram a duração média de 1hora e foram sempre realizadas em locais propostos pelos entrevistados. A grande maioria optou por fazer a entrevista no seu local de trabalho,

um dos entrevistados solicitou que a entrevista fosse realizada em sua casa, uma das entrevistas ocorreu num espaço adjacente a uma biblioteca e 4 realizaram-se em cafeterias durante períodos cuja afluência ao estabelecimento era menor e procurando o local mais reservado possível. De um modo geral, os espaços tiveram a reserva necessária à realização das entrevistas e apesar de algumas interrupções inevitáveis que já referimos, na generalidade as entrevistas decorreram sem interferências significativas.

Nenhum entrevistado se recusou a responder a qualquer pergunta e nenhum se mostrou desagradado com qualquer aspeto inerente à participação na entrevista no final da sua realização. Apesar de saberem que podiam desistir de integrar a investigação, a qualquer momento e sem necessidade de apresentar alguma justificação para além do desejo que a entrevista realizada não integrasse o material da investigação, nenhum dos entrevistados o decidiu fazer.

Todos os comentários realizados pelos participantes no final da entrevista, e mesmo posteriormente via email, foram muito elogiosos à investigação e à entrevistadora, sendo que vários entrevistados fizeram questão de se mostrar agradavelmente surpreendidos com o facto de se terem sentido tão confortáveis e fundamentalmente, pelo facto de ter sido para eles prazeroso ter a oportunidade de refletir e falar sobre a sua participação em GB's.

3.3 Os participantes

Considerando que o presente trabalho tem como objetivo a caracterização dos GB's na perspetiva daqueles que neles participam, torna-se imperativo que os participantes na investigação (entrevistados) cumpram um pressuposto: estarem integrados (como facilitadores ou como membros participantes), à data da realização da entrevista, num dos GB's dirigidos a médicos, em funcionamento em Portugal.

Assegurando o cumprimento deste pressuposto, foram realizadas 31 entrevistas, nomeadamente a 30 a médicos e a 1 profissional não médico. Este último, apesar da sua condição – não médico – apresenta elevada contribuição para o funcionamento dos GB's dirigidos a médicos em Portugal (já que é responsável pela facilitação de dois destes Grupos).

Como consta na Tabela 3.2, foram entrevistados indivíduos de ambos os géneros (5 do género masculino e 26 do género feminino), com idades compreendidas entre os 26 e os 72 anos de idade (à data da entrevista) e todos integrados num dos 5 GB's dirigidos exclusivamente a médicos, em funcionamento em Portugal (que na Tabela 3.2 identificamos como grupos A, B, C, D e E), enquanto participantes ou facilitadores. Da análise da referida tabela, podemos constatar que relativamente ao Grupo A foram entrevistadas 6 participantes (todas do género feminino), no que concerne ao Grupo B foram entrevistados 8 participantes (6 do género feminino e 2 do género masculino), no Grupo C entrevistámos 4 participantes (todas do género feminino), no Grupo D foram entrevistados 9 participantes (8 do género feminino e um do género masculino) e do Grupo E foram entrevistados 4 participantes (3 do género

feminino e um do género masculino). Assim, 83,9% dos participantes deste estudo são do género feminino.

Vários autores propõem que na investigação qualitativa o número de participantes-entrevistados não esteja definido à partida, tomando o investigador a decisão de suspender a continuação das entrevistas quando constata que cada nova entrevista não acrescenta informação relevante face à anteriormente recolhida (Baker & Edwards, 2012; Pratt, 2009). Considerando, no entanto, que o número total de participantes elegíveis para o nosso estudo não era muito elevado, decidimos a abordagem de todos os que nos fosse possível contactar, no sentido de aceitarem a participação no nosso estudo.

Analisando ainda a Tabela 3.2, podemos verificar que os participantes se distribuem, na sua maioria, por três faixas etárias: 8 dos participantes (25,1%), tinha à data da entrevista entre 20 a 30 anos, 9 dos participantes (29%) tinham entre 30-40 e apenas 1 dos participantes (3,1%) tinha entre 40 a 50 anos. Relativamente aos restantes, encontramos a maior concentração entre os 50 e os 60 anos, com 10 participantes (33,3%). Participaram também dois médicos (6,4%) que tinham à data, entre os 60 e os 70 anos e 1 participante (3,1%) encontrava-se entre os 70 aos 80 anos (3,1%).

Tabela 3.2

Distribuição dos participantes pelos GB's consoante o género e a idade

Idade	Grupo A		Grupo B		Grupo C		Grupo D		Grupo F		Total
	Masc	Fem									
20-30	0	2	1	1	0	0	0	2	1	1	8
30-40	0	2	0	3	0	1	0	2	0	1	9
40-50	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
50-60	0	1	1	2	1	0	1	4	0	0	10
60-70	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	2
70-80	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1
Total	6		8		4		9		4		31

Nota: Masc= masculino; Fem=feminino

Como podemos observar na Tabela 3.3, dos 31 entrevistados, 30 são médicos e 1 tem como formação base a filosofia (este participante é responsável pela facilitação de dois dos GB, sendo que, tal como qualquer um dos restantes entrevistados, só o entrevistámos uma vez, relativamente à sua experiência, por isso nas tabelas apenas o contabilizámos num dos Grupos, pois caso contrário poderia sugerir que havíamos realizado 32 entrevistas, em vez das 31 que efetuámos). Dos 30 médicos entrevistados, 21 são médicos especialistas (19 em Medicina Geral e Familiar e 2 em Psiquiatria), sendo que destes, 13 são especialistas graduados. Oito dos participantes frequentavam o internato complementar da especialidade de Medicina Geral e Familiar (1 no 1º ano, 3

no 2º ano, 3 no 3º ano e 1 no 4º ano) e 3 frequentavam o internato complementar da especialidade de Psiquiatria de Adultos (1 no 2º ano e 2 no 3º ano).

Tabela 3.3

Distribuição dos participantes pelos GB's consoante a carreira e especialidade

	Grupo A			Grupo B			Grupo C			Grupo D			Grupo E		
	N Med	Esp	Int												
MGF	0	4	1	0	4	4	0	3	0	0	6	3	0	0	0
Psiqui	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	3
Fil	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
Total	6			8			4			9			4		

Nota: N Med = não médico; Esp= Especialista; Int= Interno; MGF= medicina geral e familiar; Psiqui= psiquiatria; Fil= filosofia

Quanto ao período de tempo associado à frequência em GB's, a realidade dos nossos entrevistados é muito diversificada. Entrevistámos médicos com uma frequência que variava entre a participação em apenas duas sessões e uma participação que se reportava (mesmo com alguns períodos de interrupção pelo meio) a mais de 15 anos.

À data da entrevista, todos os participantes mantinham prática médica assídua (à exceção do facilitador não médico) e embora 2 dos médicos entrevistados se encontrassem já aposentados, continuavam a exercer no privado. Todos os outros exerciam no SNS, apesar de um dos participantes se encontrar à data da entrevista a usufruir de um período de licença sem retribuição, devido a um projeto em que estava

integrado, num grupo privado. Os entrevistados exerciam, nesta altura, em diferentes concelhos dos distritos de Setúbal, Lisboa, Santarém, Aveiro, Porto, Viana do Castelo e Braga, integrados em unidades de saúde familiares (USF), centros de saúde e hospitais (serviços de urgência, consultas externas de psiquiatria e internamento).

Os 6 facilitadores em exercício nos Grupos foram entrevistados, sendo um dos facilitadores responsável por dois dos grupos onde não existem co-facilitadores. Outro GB é liderado por um facilitador e a posição de co-facilitador vai sendo rotativamente partilhada pelos participantes. Os restantes dois Grupos funcionam com um facilitador e um co-facilitador conforme o método tradicional. Um dos participantes que acedeu à participação, embora estivesse no momento integrado como participante, já havia sido facilitador de um dos Grupos, sendo que inequivocamente a sua entrevista reflete ambas as experiências nos diferentes papéis.

Existiram 6 médicos em 3 dos GB's que acederam ao convite, mas com quem se veio a revelar impossível encontrar disponibilidade em tempo útil, para a realização da entrevista, apesar dos vários contactos via email e telefone. Verificou-se ainda uma outra situação em que a investigadora foi contactada por um dos participantes que já havia procedido à entrevista, no sentido de averiguar da possibilidade de um novo elemento do mesmo GB a que pertencia poder participar na investigação.

Disponibilizámo-nos prontamente agradecendo o interesse que a nossa investigação despoletou. Foram mantidos vários contactos via email com o referido participante, no entanto não foi possível realizar a entrevista por dificuldades de conciliação das agendas, num momento em que o período que dedicámos à realização das entrevistas estava já a terminar e em que as entrevistas realizadas já nos pareciam trazer poucas informações novas.

3.4. Aspetos deontológicos

Como referem vários autores (Orb, Eisenhauer & Wynaden, 2001; Silva, Mendes & Nakamura, 2012) os aspetos deontológicos são inerentes a qualquer investigação. Durante o processo, podem surgir tensões entre o desejo dos investigadores obterem resultados e procederem a generalizações que eventualmente beneficiem outros, e a quebra da privacidade dos participantes, que resulta em prejuízo destes. Uma atuação ética é exatamente o que permite que resultem das investigações benefícios e que para isso ninguém deva ser prejudicado. Os aspetos deontológicos são assim de importância inquestionável e foram sempre uma preocupação ao longo do desenvolvimento deste trabalho. Devido ao cariz das nossas questões de investigação, solicitámos e encorajámos os participantes a partilharem connosco as suas perceções, experiências e sentimentos, muitas vezes recorrendo a exemplos de situações reais vividas no âmbito das relações com os doentes. Questões como o anonimato e a confidencialidade assumem assim uma grande importância, na medida em que devemos proteger os entrevistados e também todos a quem se referem nas entrevistas. Acresce ainda o facto de os nossos participantes oferecerem gratuitamente a sua colaboração tendo para isso disponibilizado o seu tempo, um bem muito valioso para profissionais com agendas muito preenchidas, nem sempre fáceis de gerir.

Cientes de que o consentimento informado (ver anexo B) é, por todos os motivos elencados, um pré-requisito a qualquer investigação, e independentemente de todas as informações que foram sendo fornecidas aos participantes durante os contactos prévios à realização da entrevista, optámos por elaborar um documento escrito (utilizado sempre

em duplicado, de forma a permitir que participante e investigadora ficassem com um exemplar) assinado por ambas as partes, previamente à realização da entrevista.

Conscientes de que, como referem Richards & Schwartz (2002) é impossível o consentimento totalmente informado nos estudos qualitativos, já que podem surgir questões interessantes e inicialmente não previstas no guião da entrevista, considerámos imprescindível utilizar um documento de consentimento informado detalhado, e que dele constasse a possibilidade de que qualquer participante pudesse desistir da sua colaboração, mesmo após a realização e gravação da entrevista.

Nenhum dos participantes o fez, contudo percebemos que este foi um aspeto do guião que agradou aos participantes e que eventualmente promoveu maior tranquilidade, numa atividade que vários autores concordam ser potencialmente vivida de forma ansiogénica (Orbe et al., 2001; Richards & Schwartz, 2002).

Mediante o nosso compromisso no que concerne à total confidencialidade dos dados e informações relativas aos participantes e locais de trabalho, não divulgámos a totalidade das entrevistas, apesar de as transcrições e as gravações áudio, estarem na posse da investigadora. Por este motivo as entrevistas não constam como anexo deste trabalho. Parece-nos que esta opção nos permite cumprir com o compromisso assumido com os participantes da investigação, sem contudo, comprometer a qualidade do trabalho realizado. Ainda no que concerne à confidencialidade, no momento de leitura e clarificação do consentimento informado foi assegurado aos participantes que a divulgação dos dados seria sempre feita de forma parcial e anónima e em alguns momentos sob a forma de dados agrupados.

No que concerne ao anonimato, existiu sempre o cuidado de omitir todos os elementos identificadores dos entrevistados, bem como dos GB's a que pertenciam, tendo sido apenas referidas as cidades onde se realizam as sessões de GB's em Portugal. Ainda no sentido de proteger a identidade das entrevistadas e entrevistados, todas as referências realizadas ao longo do texto, estão no masculino, podendo corresponder a indivíduos do género masculino ou feminino, exceto quando a distinção, precisando de ser feita, não comprometa o propósito de manter o anonimato das fontes dos nossos dados.

Porque a reciprocidade deve ser também uma preocupação deontológica, o último momento da entrevista é reservado ao entrevistado e a qualquer questão ou comentário que deseje fazer. Este foi um espaço que quisemos que constasse do guião da entrevista e que poderia ser utilizado pelos entrevistados para efetuarem algum comentário menos positivo, que indicasse desconforto, ou ansiedade provocado pela entrevista e eventualmente informar que não pretendia que a sua entrevista integrasse o estudo. Tal nunca aconteceu. Este foi sem dúvida um momento utilizado por muitos dos entrevistados para expressarem algumas emoções provocadas pelas entrevistas, mas todas muito positivas e demonstrativas da total disponibilidade para a participação e confiança na investigadora. Ainda no que concerne à reciprocidade para com os participantes, todos receberam após a realização da entrevista, uma declaração de participação, validada pela assinatura dos investigadores responsáveis e logotipo e carimbo da instituição universitária a que o estudo está associado (ver anexo D).

Para terminar este ponto do nosso trabalho, e tal como consta do documento relativo ao consentimento informado (ver anexo B), não podemos deixar de referir que

após a defesa da presente dissertação, os resultados serão globalmente devolvidos a todos os participantes.

3.5 Aspectos sobre validade, confiabilidade e transferibilidade

A validade de um estudo é um conceito amplamente relacionado por vários autores a múltiplos aspetos (Mozzato & Grzybovski, 2011). Yardley referida por Smith (2008) define-a sobretudo como o grau de legitimidade dado a um determinado estudo pelos indivíduos interessados nos resultados da investigação, nomeadamente outros investigadores e decisores políticos. Independentemente do (s) aspeto(s) intrínsecos à validade saliente(s) na definição, a validade estará sempre relacionada com a verdade do estudo. Não uma verdade absoluta traduzida em resultados generalizáveis a qualquer população independentemente do contexto, mas uma verdade relacionada na sua essência com: a adequação dos instrumentos utilizados e procedimentos efetuados às questões da investigação (validade interna) e a possibilidade de aplicação dos resultados da investigação a outros grupos semelhantes e que não tenham sido incluídos no estudo em análise (validade externa), ou seja, possibilidade de transferibilidade das principais conclusões do estudo (Elo & Kungäs, 2007; Silverman, 2001; Smith, 2008)

A preocupação com a validade de uma investigação é por nós assumida como um dever ético, pelo que procurámos continuamente manter uma grande coerência entre as questões de investigação deste trabalho e os instrumentos e procedimentos utilizados. A escolha da entrevista como instrumento de recolha de dados e da análise de conteúdo qualitativa como processo de análise foram decisões inequivocamente influenciadas pela convicção partilhada com vários autores (Marshall & Rossman, 1995; Robson,

2002; Elo & Kyngäs, 2008) de que a escolha do método depende do objetivo do estudo e que a escolha feita desta forma, contribui para a validade da investigação.

A literatura descreve vários procedimentos utilizados para assegurar a validade de uma investigação (Malterud, 2001; Mozzato & Grzybovski, 2011; Silverman, 2001; Smith, 2008) nomeadamente a triangulação, ou seja, a comparação de diferentes tipos de dados (quantitativos e qualitativos) ou de dados obtidos através de diferentes métodos (entrevista, observação participante, análise documental), a validação dos entrevistados, que consiste numa apresentação sintética dos dados obtidos aos participantes que os originaram, para que os confirmem, ou ainda a comparação entre codificações de diferentes investigadores, que implica o diálogo entre investigadores para concluir sobre formas de codificação, processos de análise e significados de categorias. Apesar das diferentes definições e da diversidade de procedimentos, nem todos se adequam às diferentes investigações, mesmo que de carácter qualitativo (Silverman, 2001; Smith, 2008).

A triangulação foi inicialmente conceptualizada enquanto procedimento de comparação do relato de uma pessoa ou grupo com os relatos de outras, contudo hoje, (quando concebida desta forma) é entendida como um método de enriquecimento da compreensão sobre o fenómeno. Ou seja, quando consubstanciada na comparação de dados recolhidos junto dos mesmos indivíduos em momentos diferentes (estudos longitudinais) ou na comparação de dados obtidos através de diferentes grupos de pessoas, como é o caso da investigação subjacente a este trabalho, a triangulação é um processo de enriquecimento da investigação, mas não diretamente da sua validade. Assim, no presente trabalho utilizamos a triangulação como forma de enriquecimento metodológico e não como processo de validação.

Porém a conceptualização do processo de triangulação evoluiu e diversificou-se. Hoje uma das formas sob a qual é utilizada na validação é enquanto procedimento baseado na comparação entre diferentes métodos, o que não se adequava a este estudo, na medida em que sendo o nosso objetivo principal caracterizar os GB's, dirigidos a médicos, num contexto nunca antes estudado, como o português, os dados que eventualmente obteríamos através de uma abordagem quantitativa pouco contribuiriam para uma caracterização profunda destes grupos, enquanto processos de desenvolvimento profissional contínuo e dificilmente seriam comparáveis aos dados obtidos através da abordagem qualitativa.

Outra das formas que assume é a triangulação baseada na confirmação dos dados obtidos nas entrevistas, pela observação e análise documental, que foi também considerada inviável, na aplicação ao presente estudo, na medida em que, mesmo que fosse permitido à investigadora observar sessões dos diferentes GB's, não é possível por exemplo, observar o que motiva cada um dos médicos a estarem presentes na sessão, ou qual o impacto da frequência daqueles Grupos no desempenho da profissão dos participantes, nomeadamente na relação que mantêm com os doentes. Quanto à análise documental, e apesar de, na génese do método Balint (Balint, 1957/ 1998), a validade da componente de investigação ser essencialmente baseada na gravação das sessões e posterior registo das mesmas, (registos estes posteriormente criticados por serem considerados insuficientes enquanto instrumentos de validação (Hull, 1996)) atualmente nos GB's em funcionamento em Portugal não é feita qualquer produção documental.

Já a validação por parte dos entrevistados, foi um procedimento considerado por nós, já que seria uma forma de obter confirmação de que a interpretação-síntese efetuada se adequava ao significado pretendido pelos entrevistados. Contudo, este

procedimento acabou por não ser implementado por implicar solicitar novo encontro com 31 indivíduos, profissionais com agendas muito preenchidas, que de forma generosa já haviam disponibilizado tempo para realização da entrevista. Considerámos que, embora a validade da investigação saísse reforçada, esta prática não seria adequada, na medida em que não estaríamos a ter em consideração a nossa obrigação de garantir a minimização do esforço solicitado ao participante. Por conseguinte, optámos por um processo de validação baseado na inter-codificação dos investigadores como forma de garantir que, a codificação e análise não se restringia à perspetiva de um investigador e que fazia sentido para outros.

A forma como realizámos as entrevistas, nomeadamente reformulando e questionando sempre que considerávamos que uma resposta não era suficientemente clara, é também uma contribuição para a validade do estudo, na medida em que reitera o cuidado mantido para que os instrumentos utilizados se revelem adequados e permitam recolher dados congruentes com os objetivos da investigação.

Apesar de o presente trabalho não procurar a verificação de uma determinada teoria e as suas questões de investigação serem exploratórias (visarem caracterizar os GB's, em Portugal) e eventualmente contribuírem para a apresentação de proposições conceptuais, consideramos pertinente apresentar critérios de confiabilidade e transferibilidade. Assim, de forma a concorrer para o critério de confiabilidade, apresentamos uma descrição detalhada dos processos de análise utilizados e dos resultados obtidos, sob a forma de categorias que descrevemos com detalhe, identificando os significados a elas inerentes e exemplificando através de citações retiradas das entrevistas. A ligação entre os dados e os resultados é também apoiada na utilização de tabelas e anexos, como sugerem Elo & Kyngäs (2007). Estas descrições

pormenorizadas concorrem também para a boa prossecução do nosso objetivo de que todos os procedimentos realizados na investigação sejam suficientemente claros possibilitando que qualquer investigador possa compreender e avaliar a investigação.

Quanto à transferibilidade, embora o trabalho caracterize os GB's num contexto cultural específico (Português), duas razões levam-nos a supor que as proposições teóricas do nosso trabalho – apresentadas mais à frente – poderão ser transferidas para outros contextos: a) existe suficiente semelhança entre os participantes dos GB's para que vivenciem processos semelhantes, pois as suas motivações e os processos psicológicos que vivenciam são basicamente humanos; b) o contexto cultural do exercício da medicina é mais semelhante entre países do que a diversidade que se encontra, dentro de cada país entre diferentes sectores de atividade.

Este capítulo divide-se em quatro partes fundamentais. Num primeiro momento apresentamos as orientações gerais que fundamentaram a redução dos dados recolhidos e os processos de análise e codificação a que foram submetidos com recurso aos registos áudio das entrevistas realizadas. De seguida, fazemos a descrição da versão final do sistema de categorias de análise, fazendo contudo, referência a alterações e retificações que aconteceram durante o processo de codificação. Fazem parte da descrição de todas as categorias a identificação do respetivo código, que localiza cada uma delas na árvore de categorias (ver Anexo E), as suas denominações e ainda unidades de análise exemplificativas do que está codificado em cada uma delas. Apresentamos ainda a informação relativa à distribuição das unidades de análise, e número de entrevistas de onde provêm, por cada uma das categorias. Posteriormente, analisamos os dados codificados, relativamente ao nosso problema de investigação e às questões que dele decorrem. Reservamos a última parte deste capítulo para uma reflexão crítica sobre o trabalho empírico desenvolvido e sugerimos possibilidades para investigações futuras.

4. Processos de Categorização e Resultados

4.1 Aspetos gerais do procedimento

O procedimento de redução, análise e codificação dos dados teve início com a transcrição das entrevistas que, conforme sugere Silverman (2001), foram integralmente transcritas a partir do registo áudio realizado em cada uma delas. Contudo e seguindo a sugestão de Mayring (2000) e Schilling (2006), antes de iniciarmos as transcrições, foram tomadas um conjunto de decisões para garantir que durante o processo de análise, tivéssemos disponível o maior número de elementos possíveis. Decidiu-se, por isso,

realizar transcrições fiéis ao discurso, o que incluiu lapsos e erros de articulação ou sintaxe já que, apesar de não ser intenção do estudo avaliar a qualidade da produção linguística dos entrevistados, considerou-se importante basear a análise do conteúdo, em transcrições o mais próximas possível da realidade e sempre auxiliadas pelo próprio registo áudio da entrevista. Ao longo das transcrições foram ainda sendo introduzidas indicações, entre parêntesis, quanto ao comportamento não- verbal e sonoro do entrevistado, que pudessem contribuir para uma interpretação mais adequada das suas respostas. Por este motivo foram transcritas todas as verbalizações onomatopaicas proferidas e igualmente registadas, todas as informações contextuais consideradas relevantes, nomeadamente interrupções que aconteceram em algumas entrevistas e os respetivos motivos, que já referimos. Todas as questões colocadas pela entrevistadora foram transcritas, ou seja, as questões que constam do guião de entrevista e todas as que decorreram da especificidade das respostas de cada indivíduo e da necessidade da sua clarificação ao longo das entrevistas na medida em que, tal como já referimos no capítulo reservado à metodologia deste trabalho, durante a realização das entrevistas, foi constante a preocupação que os entrevistados tornassem o mais explícito possível o conteúdo das suas respostas, e que evitassem o desvio do discurso para temáticas paralelas, em nada associadas ao tema da entrevista. Para tal a investigadora procedeu a reformulações, clarificações e também a algumas perguntas decorrentes do discurso do entrevistado e consideradas pertinentes no momento.

Tentámos que as entrevistas fossem transcritas num curto espaço de tempo, após a sua realização, para que as transcrições pudessem beneficiar da recordação viva de todos os detalhes e conseqüentemente potenciasssem uma interpretação mais completa. Este período foi, contudo, variável no decorrer das diferentes entrevistas. Algumas

foram transcritas poucas horas após a sua realização, outras alguns dias depois. Da transcrição das 31 entrevistas realizadas, resultaram 456 páginas de texto compacto. Completo o processo de transcrição, cada entrevista foi lida 3 vezes pela investigadora, antes de iniciar o processo de redução dos dados.

Conforme sugere Mayring (2000) assumimos como pressuposto, ao elaborarmos o desenho metodológico referente aos procedimentos de análise e codificação dos dados, que não são os temas que devem ter prioridade na opção pela abordagem metodológica mais adequada, mas sim a análise do problema de investigação, as questões de investigação e as características do material em análise. Assim, concluído o processo de transcrição e leitura integral das entrevistas, conforme foi descrito, e ainda na fase de preparação da análise de conteúdo qualitativa foi necessário decidir sobre quais os elementos a ter em conta, ou seja, a definição das unidades de análise e a ordem pela qual são analisadas (Elo & Kyngäs, 2008; Schilling, 2006).

Considerando as questões de investigação e as respostas longas e investidas que procurámos na realização das entrevistas, optámos por considerar como unidade de análise mínima, uma frase (já que unidades de análise menores poderiam resultar na fragmentação dos dados) e máxima, um conjunto de parágrafos, desde que sempre sobre o mesmo tema ou descrições exemplificativas das respostas. Conscientes de que unidades de análise longas tornam o processo mais desafiante, esta foi também uma opção baseada no objetivo de alcançar a complexidade dos dados pelo que assumimos que podem estar presentes vários significados numa mesma unidade de análise e por isso, algumas destas não são mutuamente exclusivas entre si, nomeadamente no primeiro nível de categorização, como teremos oportunidade de referir mais à frente.

Quanto à ordem de análise das componentes do texto, preferimos uma análise entrevista a entrevista já que, mediante o objetivo do estudo e o guião de entrevista elaborado (ver anexo A), era muito provável que alguns elementos de análise não se limitassem a surgir numa só resposta a uma questão, sendo possível que se evidenciassem em respostas a outras questões no decorrer da entrevista. Assim, este procedimento de análise permite a possibilidade de aceder e compreender a complexidade de cada entrevista, enquanto contextos para as unidades de significado, como sugerem Graneheim & Lundman (2004).

Relativamente à fase de análise e codificação dos dados importa ainda referir que o processo de análise foi inicialmente orientado pelas questões de investigação e pela literatura revista sobre o tema. Para proceder a esta decisão metodológica (iniciar o processo de análise de forma dedutiva), tivemos fundamentalmente em consideração, como sugere Schilling (2006) o centro de interesse da investigação, que no presente estudo são as experiências, cognições e motivações dos entrevistados, decorrentes da sua participação em GB's. Mediante esta reflexão sobre o cerne do trabalho empírico, considerámos mais adequado fazer derivar diretamente das questões de investigação, de acordo com uma abordagem dedutiva, as principais categorias de análise. Contudo, os procedimentos de análise e codificação foram posteriormente influenciados pelo decorrer das leituras e análise dos textos produzidos pelas transcrições das entrevistas (Elo & Kyngäs, 2008; Glasër & Laudel, 2013). Tendo o presente estudo como principal objetivo explorar e caracterizar os GB's, ou seja, não pretendendo a confirmação de uma relação causal ou modelo teórico, uma abordagem totalmente dedutiva também se revelava pouco apropriada. Assim, e de acordo com Gläser & Laudel (2013), optámos por um processo de construção de categorias que decorreu inicialmente do

conhecimento teórico prévio e das questões de investigação, mas que se manteve modificável ao longo do processo de análise, não só quanto ao número de categorias, como relativamente à sua estrutura.

Como instrumento auxiliar no processo de análise de conteúdo utilizámos o software informático Nvivo, na sua versão 8, que apesar de não contribuir para a análise compreensiva do texto (não substitui o investigador), se revelou uma ajuda inestimável na organização e tratamento de um volume substancial de informação, permitindo enunciar as definições de cada categoria, regras de categorização e comentários sobre o material. Todas as codificações e critérios utilizados para proceder à definição de categorias e reformulações do sistema de categorização, até atingida a sua versão final, foram sendo continuamente registadas, para que fosse possível um processo, também ele contínuo, de aperfeiçoamento da análise. Com o recurso a este software todos os procedimentos ficam registados e a análise realizada por todos os codificadores clara, facilitando assim a análise inter-codificadores (Elo & Kyngäs, 2008; Malterud, 2001; Mayring, 2000; Schilling, 2006).

Como já referimos, as categorias de análise decorreram inicialmente das questões de investigação, contudo à medida que a análise foi progredindo, e apoiados pela literatura que nos indicava aspetos considerados fundamentais como objeto de estudo de novas investigações, fomos verificando a pertinência de introduzir novas categorias de análise e reformular algumas das iniciais. Importa salientar que a versão final que apresentamos agora, expressa uma preocupação central de estruturação dos dados, de modo a que eles possam responder às questões de investigação e traduz-se graficamente através da Árvore do Sistema de Categorias, apresentada no Anexo E.

4.2. Sistema de categorias

Segundo Malterud (2001) é a análise bem preparada e documentada que distingue uma análise científica de uma conjectura superficial e infundamentada. Assim, apresentamos todas as categorias de codificação, definimos cada uma delas e exemplificamos unidades de análise correspondentes a cada uma delas. Este procedimento é utilizado para todas as subcategorias correspondentes às oito categorias criadas num primeiro nível de análise, sendo que o sistema de categorias tem no seu todo 78 categorias (8 categorias correspondentes a um nível de análise mais abrangente e 70 subcategorias que se desenvolvem por mais dois níveis de abrangência). Nestas 78 categorias foram codificadas 1240 unidades de análise resultantes da análise efetuada a 31 entrevistas.

Tal como já referimos, apesar de estar presente na maioria das categorias, o princípio de exclusão mútua do ponto de vista operacional, ou seja, a mesma unidade de análise não estar incluída em mais do que uma categoria, este princípio não se verifica em todas as categorias decorrentes da análise intrínseca ao presente estudo. Esta decisão baseia-se no facto de este trabalho pretender caracterizar os GB's, com base nas experiências dos seus membros (participantes e facilitadores) pelo que é necessário não ignorar que os seres humanos são complexos na seu pensar, sentir e agir e que muitas vezes agem paradoxalmente expressando essa complexidade de pensar e sentir. A exclusividade conceptual, essa está garantida entre todas as categorias, decorrente dos diferentes níveis de análise existentes.

Sendo este um estudo de carácter qualitativo, e pelas razões que fomos enunciando, é necessário descrever de forma detalhada e clara os procedimentos

inerentes à categorização e análise de dados. Assim, pretendemos tornar explícita cada categoria e conjunto de subcategorias, a relação entre elas e porque são importantes para as questões de investigação, bem como os processos utilizados para a codificação, demonstrando que não é enviesada. Identificaremos também o carácter de mútua exclusividade, ou não, de cada conjunto de subcategorias mas antes de uma análise específica sobre cada uma delas importa fazer uma descrição global e relatar a evolução que conduziu à versão final do sistema de categorias (Anexo E).

Considerando as questões de investigação e o conhecimento da literatura, inicialmente avançámos para a análise das primeiras entrevistas com 9 categorias previamente identificadas. A estas categorias iniciais acrescentámos uma outra que incluímos meramente para tornar mais práticos e organizados os procedimentos de análise e consequente categorização. Designámo-la *Material Não Codificado* (não consta da árvore do sistema de categorias, por não se relacionar com as outras categorias, sendo apenas uma categoria processual e facilitadora da organização do procedimento de análise e codificação) e como o nome indica foi onde integrámos todo o material marginal que se concluiu não contribuir para a investigação. São normalmente divagações dos entrevistados, que acabam por falar de assuntos paralelos (o que levou à necessidade de, em determinado momento, serem realocizados na questão e no discurso, com a ajuda da entrevistadora), são desabafos dos entrevistados acerca de si próprios e considerações relativamente a outros médicos, mas que considerámos não terem relevância para a nossa investigação ou como no exemplo que se segue, situações em que o entrevistado está a procurar organizar a sua resposta.

“Portanto, tal como lhe disse eu entrei para os GB’s logo após o início da

minha atividade profissional, e esta minha colega tinha... portanto, isto foi a colega, de uma colega, de uma colega, que já era médica de família há algum tempo, e que era amiga dessa minha colega, e que tinha participado nos GB's e que sabia que essa minha colega que me disse... esta conversa se calhar depois não vai ficar muito explícita quando for ouvir... eu vou repetir”(e24).

Utilizámos esta categoria, de forma a garantir que todo o texto produzido era categorizado, e que caso surgisse alguma dúvida quanto à codificação, ou mesmo uma situação de desacordo entre os codificadores, facilmente se tinha acesso ao material e às eventuais unidades de análise. Além desta categoria referente ao material não codificado, iniciámos o procedimento de análise dos dados e categorização com o recurso às 9 categorias seguintes:

- Conceito de GB's
- Experiências menos positivas
- Funções dos facilitadores em GB
- Impacto dos GB's
- Enquadramento Institucional dos GB
- Momentos mais significativos
- Motivação para a participação em GB
- Motivação para o abandono da participação em GB
- Mudanças no Grupo

Os procedimentos que levaram a uma organização final do sistema de categorias (Anexo E) em torno de 8 categorias (referentes a um nível mais abrangente de análise) e à reformulação a que algumas destas categorias iniciais foram submetidas serão apresentados de seguida. Importa contudo, notar aqui que as categorias foram todas discutidas e comparadas as diferentes ideias de ambos os codificadores a respeito do quanto contribuía para responder ao problema de investigação do presente estudo. Posteriormente, também as codificações do material foram igualmente discutidas e sempre que havia desacordo a discussão foi prolongada até que ambos concordassem numa determinada categorização.

4.2.1. Categoria (1) – Conceito de Grupo Balint

A categoria (1) denominada *Conceito de GB's* refere-se à forma como os entrevistados os conceptualizam. Ou seja, como definem de forma explícita ou implícita o que consideram ser estes Grupos. Embora existisse um conhecimento prévio sobre as conceptualizações de GB's na literatura, sendo o objetivo deste estudo, caracterizar estes Grupos em Portugal, consideramos imprescindível perceber como os definem quem neles participa. Por este motivo, apesar de iniciarmos a análise dos dados com esta categoria pré-definida, a definição das subcategorias decorreu exclusivamente da análise dos dados, o que revelou 4 formas distintas de conceber os GB's:

A primeira subcategoria, denominada *Grupo de Apoio Inter pares*, com o código de codificação (1.1) referente à sua localização na árvore do sistema de categorias (ver anexo E), inclui todas as referências dos entrevistados que, definem os GB's como um espaço de validação social, aceitação e confirmação das práticas profissionais pelos colegas, relativas à relação entre o profissional médico e o doente. Nesta subcategoria

foram integradas todas as unidades de análise que indicavam uma concepção de GB's, em que o foco é colocado nas emoções, nomeadamente nas emoções do médico.

A segunda subcategoria, denomina-se *Grupo Psicoterapêutico* (1.2) e inclui as referências dos entrevistados que declaradamente assumem uma componente psicoterapêutica na forma como concebem os GB's, ou que de forma menos explícita, ou seja não referindo especificamente uma componente terapêutica, falam destes Grupos colocando o foco na mudança/transformação pessoal, do médico participante.

À terceira subcategoria, chamámos *Grupo Tarefa* com o código (1.3) e inclui todas as referências dos entrevistados que indicam os grupos como um coletivo que age como tal, com regras de funcionamento definidas e acauteladas pelos facilitadores. O foco dos Grupos é identificado como sendo a resolução de uma tarefa, isto é, a compreensão da relação profissional entre o médico e o doente e o desenvolvimento de competências de relação, através da reflexão sobre casos apresentados nos GB'ss, de modo a que estas reflexões resultem na produção de orientações práticas que auxiliem não só o interlocutor do caso, como os participantes no geral, na sua ação futura.

A quarta subcategoria, refere-se aos GB's, como *Instrumento de Aprendizagem* (1.4). Aqui encerramos todas as unidades de análise que reportavam de forma direta ou indireta a concepção dos GB's como uma prática que promove o desenvolvimento profissional, isto é, permite ao médico participante adquirir e aperfeiçoar competências que necessita e utiliza na sua vida profissional.

Ainda na categoria (1) *Conceito de GB* (como de resto em outras categorias que identificaremos ao longo do presente trabalho) optámos por incluir uma última categoria que (não contemplando uma concepção de GB's distinta) encerra todo o material

encontrado em que, não sendo possível identificar uma definição específica de GB, estão descritas percepções dos entrevistados que acreditamos poderem contribuir para uma compreensão mais alargada do que são os GB's, para os profissionais que neles estão integrados em Portugal. Intitulámos esta subcategoria como *Aspetos Complementares* (1.5) e como referimos, adotámos o mesmo procedimento em outras categorias, pelos mesmos motivos aqui apresentados, como oportunamente será verificado no decorrer deste subcapítulo.

A maioria dos dados codificados na categoria (1) - *Conceito de GB's*, contribuiu para a resposta à questão nº 6 do guião de entrevista – “*O que são para si os GB's*”, contudo não exclusivamente. Relativamente à exclusividade desta categoria e das suas subcategorias importa salientar que não são mutuamente exclusivas. Efetivamente, em várias unidades de análise mais de uma das conceções que categorizámos se encontravam presentes, pelo que, coerentemente, foram categorizadas em mais de uma destas subcategorias. Isto evidenciou que se alguns dos entrevistados têm uma conceção unívoca do que são GB's, outros demonstram uma conceção múltipla, como teremos oportunidade de descrever de forma detalhada no subcapítulo reservado à Discussão dos Resultados do presente trabalho.

Na Tabela 4.1 apresentamos um esquema representativo destas subcategorias, onde exemplificamos cada uma delas, de forma a tornar mais claro o que temos vindo a descrever.

Tabela 4.1

Categoria (1) – conceito de GB

(Código)	Título (fontes/unidades de análise)	Definição	Exemplo
(1)	Conceito de GB (31/183)	Conceptualizações dos entrevistados acerca dos GB's.	“Para mim, são formas de aperfeiçoar a prática clínica”.
(1.1)	Grupo apoio inter-pares (20/43)	GB concebidos como grupos de apoio inter pares.	“São grupos de apoio interpares [sorri] focalizados numa atividade de relação profissional e na problemática que essa relação profissional possa levantar ao profissional digamos assim...”
(1.2)	Grupo psicoterapêutico (14/39)	GB concebidos como grupos psicoterapêuticos.	“ Um grupo de autores no livro de crescimento profissional... e com uma componente psicoterapêutica”
(1.3)	Grupo tarefa (11/34)	GB concebidos como grupos muito estruturados e focados na resolução de uma determinada tarefa.	“E eu queria resumir muito e passar-lhes o que é que neste momento é para nós todos um GB. E disse-lhe que o GB em (...) é um grupo de tarefa, ou seja, não é de maneira nenhuma psicoterapia de grupo, de maneira nenhuma”.
(1.4)	Instrumento de aprendizagem (9/16)	GB concebidos como instrumentos de desenvolvimento profissional.	“Para mim, são formas de aperfeiçoar a prática clínica”.
(1.5)	Aspetos complementares (22/54)	Aspetos relacionados com a conceção de GB, mas que não os definem especificamente.	É uma reunião de médicos, neste caso. Penso que originalmente foi também feita por um médico.

A pertinência destas subcategorias para este trabalho, decorre da primeira questão de investigação que lhe é subjacente (quais os conceitos de GB's na perspetiva dos seus membros (participantes e facilitadores)).

4.2.2. Categoria (2) – *Funções e desempenho dos facilitadores*

A categoria (2) intitulada *Funções e desempenho dos facilitadores*, refere-se à identificação das funções que os elementos dos GB's atribuem aos facilitadores e à influência que o desempenho dessas funções tem no decorrer das sessões e no Grupo.

Inicialmente a categoria pré-definida, através do conhecimento da literatura reportava-se apenas, como já tivemos oportunidade de referir, às funções dos facilitadores nos GB's. Contudo, após análise das 5 primeiras entrevistas, e discussão entre os investigadores, e decorrente de uma avaliação das categorias inicialmente utilizadas, optou-se por proceder à reformulação da categoria “*Funções dos facilitadores*” por compreendermos que a esta categoria estavam incluídos diferentes conteúdos como funções dos facilitadores, desempenho destas funções e influência do desempenho no decorrer das sessões, nos participantes e eventualmente no Grupo. Assim, equacionou-se criar uma nova categoria denominada *Impacto do desempenho dos facilitadores*, no entanto, no processo de reanálise e recodificação das 5 entrevistas referidas, concluiu-se que seria difícil distinguir as unidades de análise segundo estas categorias pelo que resolvemos reformular a categoria inicial que passou a incluir referências ao desempenho dos facilitadores e a qualquer influência deste desempenho. A designação inicial - *Funções dos facilitadores* passou assim a *Funções e desempenho dos facilitadores (2)*.

As 6 subcategorias desta categoria emergiram da análise do conteúdo das entrevistas, sendo que as unidades de análise aqui incluídas são mutuamente exclusivas.

A subcategoria (2.1) – *Gestão dos tempos*, refere-se à função dos facilitadores enquanto gestores do tempo. Optámos pela designação no plural (tempos) porque os entrevistados atribuem como função do facilitador não só a gestão do tempo útil da sessão como também a gestão do tempo despendido em cada um dos momentos da sessão e a mediação do tempo de uso da palavra por parte dos elementos do Grupo.

Do desempenho da gestão global do tempo da sessão depende a garantia de que a sessão tem início, mas também tem um fim, e que em 90 minutos é possível ao Grupo evoluir no percurso característico do método Balint. Da gestão do tempo utilizado em cada um dos momentos da sessão decorre a boa prossecução da discussão e análise do(s) caso(s), já que, sem uma boa gestão do tempo, podem ocorrer situações em que, por exemplo, é utilizado muito tempo para apresentação do caso, e conseqüentemente resta tempo insuficiente à discussão do mesmo. A gestão do tempo utilizado por cada elemento na sua participação é também muito importante, segundo os entrevistados. O desempenho do facilitador influencia a garantia de que todos os elementos do GB têm oportunidade de participar e pode evitar situações em que alguns elementos monopolizem a sessão.

A subcategoria (2.2) *Fomentar uma discussão abrangente* reporta-se à função do facilitador garantir que surge no Grupo a discussão do caso, que esta discussão é participada pelos vários elementos do Grupo, e que o caso é analisado sob diferentes perspetivas. Os entrevistados referem como sendo de elevada importância a capacidade do facilitador salientar detalhes ou informações do caso que o Grupo ignore na

discussão, permitindo assim um novo entendimento. Referem a relevância dele conduzir, através das suas intervenções, a novas leituras sobre o doente ou o desempenho do médico, em momentos da discussão em que apenas uma visão parece imperar. Segundo os participantes, é tarefa do facilitador acautelar que o pedido do médico que relata o caso é entendido pelo Grupo, que conseqüentemente se esforça por dar não apenas uma resposta possível, mas vários olhares sobre uma mesma situação.

A subcategoria (2.3) *Foco na relação médico-doente* remete para a necessidade identificada pelos entrevistados, de que o facilitador garanta que o caso apresentado e a discussão conseqüente são focados na relação médico-doente. Os entrevistados assumem que, por vezes, existe a tentação de trazer para o Grupo outros assuntos ou problemas, que embora de conteúdo profissional (a agenda, questões organizacionais, diagnósticos e terapêuticas medicamentosas) não são do âmbito dos GB's. Assim, do bom desempenho do facilitador depende a manutenção do foco do trabalho do Grupo na relação médico-doente, evitando situações (muitas vezes assumidas como vivências menos positivas nos Grupos, como veremos na análise de uma das categorias posteriores) em que o tempo da sessão é utilizado para discussões que pouco têm a ver com o propósito dos GB's.

A subcategoria (2.4) *Grupo como um lugar seguro*, refere-se à função do facilitador como guardião do grupo, no sentido que cai sobre ele a responsabilidade de zelar para que aspetos como confidencialidade e a confiança são respeitados.

A categoria (2.5) *Fazer Síntese da Sessão* remete para uma tarefa, que alguns dos entrevistados atribuem ao líder: a elaboração de uma síntese final, que alguns

caracterizam como uma conclusão geral da discussão com eventual estabelecimento de relação com casos apresentados em sessões anteriores.

Tal como aconteceu na categoria (1) *Conceito de GB's*, também nesta segunda categoria, optámos por incluir uma subcategoria (2.6) referente a *Aspetos complementares*. Nela incluímos referências dos entrevistados a aspetos do desempenho dos facilitadores que, não identificando nenhuma função em específico ou consequência do desempenho, nos permitem um entendimento mais detalhado no que concerne à forma como os entrevistados percebem o conteúdo funcional dos facilitadores, e as consequências dos seus desempenhos para o GB.

A Tabela 4.2, representa as diferentes subcategorias enunciadas e nela constam exemplos referentes a todas elas, bem como indicações quanto ao número de fontes (entrevistas) em que estão presentes e o número de unidades de análise codificadas.

Tabela 4.2

Categoria (2) – funções e desempenho dos facilitadores

(Código)	Título (fontes/unidades de análise)	Definição	Exemplo
(2)	Funções e desempenho dos facilitadores (30/173)	Identificação das principais funções dos facilitadores e indicações quanto à influência do desempenho destas nas sessões e/ou no Grupo.	“talvez a forma como em alguns casos, porque nós também facilitadores nem sempre também estamos, apesar de podermos, podermos fazer, achar que estamos a fazer sempre da mesma maneira, temos os nossos dias e portanto, e portanto há dias em que parece, ou porque se está mais

(Continuação)

(Código)	Título (fontes/unidades de análise)	Definição	Exemplo
			cansado, dá a sensação que não houve uma orientação, que se deixou aquilo espalhar para áreas que não tinham nada a ver, e que se perdeu o tempo em coisas que não foram... não foram, não foram importantes para o desenrolar do caso...”
(2.1)	Gestão dos tempos (23/52)	Gestão do tempo da sessão, do tempo de cada momento da sessão e do tempo das intervenções de cada participante de forma a evitar a monopolização.	“Para mim a função dos facilitadores é moderar... primeiro organizar o tempo para cada parte da sessão, e depois moderar os comentários de forma a permitir que todos dêem a sua opinião, que todos falem, não fique ali centralizado”
(2.2)	Fomentar uma discussão abrangente (23/52)	Função dos facilitadores garantir uma discussão abrangente do caso apresentado, onde são abordadas várias perspectivas sobre o mesmo. Referências à intervenção dos facilitadores na promoção da discussão e análise do caso.	“Além de nos fazerem pensar no caso de diferentes perspectivas. Porque podem dar umas achegas aqui, não é? E se, em vez de fazer como até agora têm dito, se pensasse assim, ou para que é que serviu aquilo que a colega fez. Penso que será para nos darem diferentes perspectivas. Será uma das funções”.
(2.3)	Foco na relação médico-doente (15/23)	Garantir que a discussão do caso apresentado no Grupo se foca exclusivamente na relação-médico-doente, como uma função dos facilitadores.	“é fundamental, porque às vezes se perde a noção de que o que se está a discutir é a relação médico-doente e acaba por se discutir problemas da agenda, problemas do trabalho, problemas dos horários”

(Continuação)

(Código)	Título (fontes/unidades de análise)	Definição	Exemplo
(2.4)	Grupo como um lugar seguro (12/28)	Função dos facilitadores garantir que o Grupo é um lugar seguro, as diferentes abordagens utilizadas e o impacto do desempenho desta função no Grupo.	“Estava a pensar que por exemplo é um objetivo manter as pessoas, não só o relator como os, os outros participantes protegidos, portanto não se sentirem... mal, nem, nem criticados, nem... incomodados por qualquer coisa enquanto decorre, não é? a sessão, e... e portanto às vezes essa preocupação, pode não, pode não se fazer, podemos não conseguir isso, e quando, quando assim é o Grupo também não funciona tão bem, não é?”
(2.5)	Fazer síntese da sessão (5/5)	Função dos facilitadores fazerem síntese no final da sessão e a importância da realização desta síntese.	“e por fim, na conclusão, também são extremamente importantes porque focam aqueles aspetos principais que foram discutidos para sintetizar melhor a sessão”.
(2.6)	Aspetos complementares (9/20)	Aspetos relacionados com as funções e desempenho dos facilitadores, mas que não definem especificamente qualquer função ou o impacto do desempenho destes elementos do Grupo.	“Portanto há um treino, um distanciamento, que o facilitador precisa de ter em relação à doença e ao doente. Também em relação ao médico. O facilitador não pode estar fascinado pela área clínica. Portanto quanto mais treino tiver, quanto mais vivência tiver na área médica, penso que será um melhor facilitador”

A pertinência destas subcategorias para o presente trabalho decorre da questão de investigação 3.1 (quais as funções atribuídas pelos membros dos Grupos aos facilitadores) contribuindo assim também para a resposta à questão 3 (qual o funcionamento dos GB's). Esta categoria (2) e as subcategorias que a compõem

respondem diretamente a estas questões (3 e 3.1), na medida em que permitem identificar aquelas que são consideradas pelos elementos dos GB's, as principais funções dos facilitadores e contribuem para o conhecimento do processo inerente ao funcionamento dos Grupos, nomeadamente através da compreensão da influência que o desempenho das funções pelos facilitadores tem no desenvolvimento das sessões e no trabalho efetuado pelo GB, com base na apresentação de casos. No que concerne ao funcionamento do Grupo, esta categoria, nomeadamente a subcategoria (2.6) – *Aspectos complementares* também colabora para o conhecimento das diferentes realidades dos GB's em Portugal no que concerne à presença ou ausência de co-facilitadores, relativamente a quem assume este papel (co-facilitador) e a rotatividade ou permanência do desempenho destas funções.

4.2.3 Categoria (3) – momentos mais significativos

A terceira categoria de análise de conteúdo designa-se *Momentos Mais Significativos*, e o seu código de identificação é o (3). Esta categoria deriva diretamente do conhecimento prévio à análise dos dados na medida em que, o método Balint baseia-se na discussão de grupo com base na apresentação de um caso, e esta discussão é orientada por um conjunto de momentos distintos que ocorrem de forma sequencial nas sessões (Balint, 1957/1998, Fitzgerald & Hunter; 2003, Roberts, 2012; Ryyänänen, 2001) e cuja importância para os membros (facilitadores e participantes) desejávamos conhecer. Apesar de existir este conhecimento prévio acerca do método e do modo de funcionamento das sessões de GB's, através da literatura, interessava-nos conhecer o funcionamento dos Grupos, perceber o que os seus membros em Portugal consideravam mais importante no procedimento habitual ao GB que frequentam, e identificar

diferenças entre os grupos atualmente em funcionamento pelo que as subcategorias não estavam definidas à partida.

Assim, a presente categoria destina-se a identificar os momentos das sessões dos GB's considerados mais significativos pelos participantes e os motivos pelos quais elegem estes momentos como os mais relevantes. No decorrer do processo de análise do conteúdo relativo a esta categoria, emergiram claramente duas dimensões distintas, que originaram duas subcategorias, designadamente a subcategoria (3.1) – *Dimensão Temporal* e a subcategoria (3.2) – *Dimensão do Conteúdo*. Por sua vez, cada uma delas, integra um conjunto de outras subcategorias, referentes a um terceiro nível de análise, mais específico.

4.2.3.1. Subcategoria (3.1) – dimensão temporal.

A subcategoria (3.1) – *Dimensão Temporal* remete para a identificação, por parte dos entrevistados, dos momentos específicos da sessão que consideram ser os mais significativos. Nesta subcategoria foram consideradas 8 subcategorias de nível inferior que passamos a descrever, e cujas designações identificam desde logo o momento da sessão a que se referem.

A subcategoria *Discussão do Caso* a que foi atribuído o código (3.1.1) inclui todas as referências dos entrevistados identificando o momento da discussão do caso apresentado ao Grupo como um dos momentos mais significativos da sessão.

A subcategoria *Relato do Caso*, com o código (3.1.2) remete, como a própria designação indica, para o momento em que um dos elementos do Grupo partilha uma situação vivida por si, na relação com um doente, relatando esta situação de forma livre e sem consulta ou auxílio de qualquer recurso para além da memória que tem do caso.

A subcategoria (3.1.3) *Momento Após Saída da Bolha* remete para o momento em que o médico que apresentou um caso na sessão regressa ao círculo e pode tecer comentários sobre a discussão a que assistiu.

Início da Sessão foi a designação atribuída à subcategoria com o código (3.1.4) e como a denominação mostra, inclui todas as referências dos participantes relativamente ao momento inicial das sessões, como sendo um dos mais relevantes.

A subcategoria *Estar na Bolha*, com o código (3.1.5) refere-se aos momentos em que o médico responsável pela apresentação do caso a discussão na sessão, após um período de questões de clarificação, por parte dos colegas, é colocado na “bolha”, ou seja, deixa de lhe ser permitida a interação com o Grupo que vai iniciar a discussão do caso. Metaforicamente este momento tem sido apelidado de “bolha” e muitas vezes, num comportamento meramente simbólico, o médico afasta ligeiramente a cadeira onde está sentado do círculo constituído pelo Grupo. Este é uma prática inicialmente utilizada pelos GB’s norte-americanos e que parece ter-se difundido pelos Grupos realizados em outros países, nomeadamente através da integração desta prática nos encontros internacionais, como explica o facilitador de um dos GB’s em funcionamento em Portugal: “ *o relator do caso entrar naquilo que nós costumamos chamar “na bolha”, portanto que é, vem dos Estados Unidos a ideia, ou do recuar da cadeira e ficar em silêncio...* ” (e4).

A subcategoria denominada *Síntese* a que foi atribuído o código (3.1.6) remete para os momentos em que o facilitador, no final da sessão, faz um resumo da mesma. Esta síntese é definida pelos entrevistados que a assinalam como um dos momentos mais significativos intrínsecos às sessões, como um resumo ou conclusão da sessão. Um

dos entrevistados refere que é inerente a esta síntese o estabelecimento de alguma relação com “*sessões anteriores ou a própria história do grupo*” (e9). Este momento é assinalado com um dos mais significativos e como percebemos pela análise da categoria (2) *Funções e Desempenho dos Facilitadores*, nomeadamente da sua subcategoria (2.5) *Fazer Síntese da Sessão*, é uma das funções que os facilitadores reconhecem como sua.

A subcategoria (3.1.7) *Final das Perguntas de Clarificação* remete para um momento muito específico, que normalmente não é designado especificamente na literatura talvez por ser um considerado um momento de passagem, entre dois momentos pré-determinados da sessão, o momento em que é dado por terminado o período em que é permitido aos elementos do GB dirigirem ao relator do caso, questões que permitam a clarificação de alguns aspetos relativos à sua descrição, e o momento em que o médico que apresentou o caso deixa de poder interagir com os restantes elementos do Grupo, portanto “entra na bolha”.

A última subcategoria da *Dimensão Temporal* (3.1) denomina-se *Não Saliente* e apresenta o código (3.1.8). Nesta subcategoria incluímos as referências do único entrevistado que afirmou não existir qualquer momento intrínseco às sessões que considere mais significativo.

Na Tabela 4.3, apresentamos de forma esquemática a organização destes elementos do sistema de categorias, considerando os seus três níveis conceptuais. Constam também desta tabela exemplos que ilustram as descrições que temos vindo a efetuar.

Tabela 4.3

Categoria (3) – momentos mais significativos. subcategoria (3.1) – dimensão temporal.

(Código)	Título abreviado (fontes/unidades de análise)	Definição	Exemplo
(3.1)	Momentos mais Significativos (31/110)	Momentos da sessão de grupo considerados mais significativos e motivos pelos quais os participantes os elegem.	“Outro momento importante é, eu apresento o caso e vejo que os meus colegas se interessaram por mim”.
(3.1.1)	Discussão do Caso (19/39)	O momento da discussão do caso é identificado como sendo o mais significativo.	“Isso é um momento importante, o da discussão”.
(3.1.2)	Relato do Caso (9/21)	O momento do relato do caso é considerado pelos participantes, como sendo o, ou um dos momentos mais significativos da sessão.	“O contar da história... de quem vai partilhar um momento ou alguma coisa que lhe foi importante. Considero que é o momento mais importante. ...”
(3.1.3)	Momento após saída da “bolha” (8/17)	O momento imediatamente posterior à saída do relator, da bolha é considerado como significativo.	“É assim, aquele que me marca mais, que é mais gratificante, é o momento em que a pessoa que ficou na bolha, como nós dizemos, a pessoa que expõe o caso, volta a entrar e diz que realmente que a discussão ajudou muito, e que adorou, e que tem outra postura em relação àquilo que estava a sentir”.

(Continuação)

(Código)	Título abreviado (fontes/unidades de análise)	Definição	Exemplo
(3.1.4)	Início da sessão (7/16)	O início da sessão é assinalado pelos participantes como sendo um dos mais significativos da sessão de GB's.	“Um dos mais significativos é o “arranque”, digamos assim, que é aquele momento que se sucede à pergunta de “quem tem um caso que queira partilhar?” porque aí acho que é feita uma certa seleção do que é que vai sair entre as pessoas, às vezes há momentos de silêncio mais prolongados... que significam qualquer coisa, em termos do que estará para [...] a borbulhar na cabeça dos participantes.
(3.1.5)	Estar na “bolha” (4/5)	O momento em que o médico relator naquela sessão, está na bolha é assinalado como sendo um dos mais significativos.	“Depois é a fase em que, principalmente a fase em que a pessoa que apresentou sai da bolha... e os outros vão falando como se ela não estivesse ali e vão dando ideias, ou seja, a pessoa que apresentou tem de se controlar, porque tem imensa vontade de participar e dizer: “Bem era mesmo isso, isso que eu precisava de ouvir”... portanto eu acho que a fase em que a pessoa sai é uma fase muito importante”.
(3.1.6)	Síntese (3/4)	O momento da síntese final é eleito como um dos mais significativos das sessões dos GB's.	“Sim, um momento de resumo”.
(3.1.7)	Final das Perguntas de Clarificação (2/4)	O momento após as perguntas de clarificação e imediatamente anterior à entrada do relator na bolha é considerado como um dos mais significativos.	“Ah, e eu esqueci-me de dizer logo que o caso chegue ao fim, acabaram-se as perguntas, eu enquanto facilitador passo para o Grupo aquilo que eu entendo que a pessoa está a pedir ao Grupo que ele faça. Aqui isto é importante. É importante porque se eu enviesar esta síntese do caso, ou o modo como eu enviesar, vai naturalmente condicionar a discussão a seguir”.

(Continuação)

(Código)	Título abreviado (fontes/unidades de análise)	Definição	Exemplo
(3.1.8)	Não saliente (1/3)	Os entrevistados não salientam qualquer momento como mais significativo no decorrer das sessões.	“Não há assim nenhuma das partes que considere mais importante do que a outra, é o conjunto, que é o Grupo”.

Como referimos anteriormente, durante o processo de análise inerente à categoria (3) *Momentos mais Significativos* emergiram duas subcategorias que denominamos de *Dimensão Temporal* (3.1) (que apresentámos anteriormente) e *Dimensão Conteúdo* (3.2) que descrevemos agora.

4.2.3.2. Subcategoria (3.2) – dimensão conteúdo.

A subcategoria *Dimensão Conteúdo* com o código (3.2) remete para todas as referências dos entrevistados, quanto aos motivos pelos quais elegem determinados momentos como sendo os mais significativos no âmbito das sessões de GB's.

Decorrente da análise efetuada, emergiram nesta subcategoria, 5 outras subcategorias que seguidamente descrevemos.

Subcategoria (3.2.1) *Aportes*, que inclui todas as referências dos entrevistados ao facto de elegerem um determinado momento como um dos mais significativos, por a ele estarem associados ganhos que o individuo leva para além da sessão, quer sejam ganhos associados a uma diferente compreensão (pela exposição a pontos de vista diversos), quer sejam ganhos relativos a orientações/ guidelines.

A subcategoria denominada *Processos Psicológicos que Emergem* (3.2.2) destina-se às referências dos entrevistados que consideram determinados momentos da

sessão como mais relevantes, por ser nestes momentos que surge a possibilidade de observar processos psicológicos expressivos de características e/ou vivências dos participantes.

A subcategoria *Vivências de Processos Psicológicos* (3.2.3) refere-se a momentos considerados significativos por estarem associados à vivência, pelos próprios, de processos psicológicos relevantes no decorrer das sessões.

Importa reforçar a distinção entre as duas últimas subcategorias referidas (3.2.2) *Processos Psicológicos que Emergem* e (3.2.3) *Vivências de Processos Psicológicos* já que, apesar de ambas se focarem em processos psicológicos que decorrem da participação nos GB's, a primeira (3.2.2) refere-se a processos psicológicos vividos por outros elementos do Grupo, que não o entrevistado que os refere. Esta subcategoria reporta para a importância que alguns participantes transmitem relativamente à oportunidade de poderem observar e perceber a ocorrência de determinados processos psicológicos nos colegas do Grupo, fruto de um trabalho desenvolvido pelo GB que ambos integram e para o qual os entrevistados em causa contribuem. Na segunda subcategoria referida, (3.2.3) os processos psicológicos são referenciados pelos próprios participantes que os vivem. Ou seja, o que justifica a saliência de um ou outro momento relativamente aos outros é a oportunidade de, nestes momentos em específicos, ocorrerem determinados processos psicológicos no próprio participante.

A outra das subcategorias encontradas chamámos *Determinante do Futuro* (3.2.4), já que inclui todas as referências dos participantes a determinados momentos como sendo significativos pelo facto de se revelarem determinantes das ocorrências posteriores no Grupo.

Tal como na subcategoria (3.1) referente à *Dimensão Temporal*, também na subcategoria (3.2) *Dimensão Conteúdo* surge uma subcategoria que integra as referências sobre o facto de não existir qualquer momento das sessões que seja possível considerar como mais relevante. Esta subcategoria denomina-se *Sem Conteúdo Saliente* e o código é o (3.2.5).

Na Tabela 4.4, são apresentadas de forma sistematizada (recorrendo a exemplos de unidades de análise categorizadas), todas as subcategorias que acabámos de elencar.

Tabela 4.4

Categoria (3) – momentos mais significativos. subcategoria (3.2) – dimensão conteúdo.

(Código)	Título abreviado (fontes/unidades de análise)	Definição	Exemplo
(3.2)	Dimensão Conteúdo (31/108)	Identificação do conteúdo dos momentos considerados como mais significativos das sessões como justificativo desta eleição.	“O primeiro momento, o momento da pessoa expor o assunto, expor a sua preocupação. O motivo porque o traz aborrecido, incomodado. Isso é um aspeto extremamente importante do Grupo. E é um aspeto porque a pessoa expõe-se, a pessoa abre-se”.
(3.2.1)	Aportes (14/39)	Os momentos são considerados como mais significativos mediante os ganhos que o indivíduo obtém e que transporta para lá da sessão.	“É evidente que as outras partes também são importantes, mas sem sombra de dúvida o caso é o cerne da questão, não é? É o cerne da questão. Que é isso que nos vai fazer partir para a viagem, para a viagem da construção de uma nova forma de abordagem”.

(Continuação)

(Código)	Título abreviado (fontes/unidades de análise)	Definição	Exemplo
(3.2.2)	Processos Psicológicos que emergem (9/12)	Os momentos são considerados como sendo mais significativos consoante os processos psicológicos que neles emergem.	“O mais significativo para mim é quando a pessoa que apresenta o caso sai da bolha. Porque normalmente fazem um suspiro de alívio e diz que está muito melhor e portanto parece que libertou uma certa tensão. Eu acho que é isso que eu sinto como mais significativo”.
(3.2.3)	Vivências de Processos Psicológicos (7/14)	Os momentos da sessão são eleitos como os mais significativos mediante os processos psicológicos vividos neles.	“Ou seja, principal, principal, é o momento final quando ouço todas as pessoas e se toma consciência das várias coisas que antes não passaram pela cabeça, que automaticamente provoca... dar resposta, certeza e o alívio, então a primeira coisa é esta”.
(3.2.4)	Determinante do Futuro (8/19)	Os momentos são considerados como os mais significativos por determinarem ocorrências posteriores no decorrer da sessão de Grupo.	“Uma sessão... Tem dois momentos, eu penso, de igual importância que é o tempo de latência até aparecer o caso. É muito interessante ver a linguagem não-verbal. O tempo que vai... Ao longo dos anos dos Grupos, como o tempo foi sendo mais lento ou menos lento, para alguém finalmente começar a contar o caso. O início é muito interessante porque, sobretudo o tom emotivo com que o médico começa vai condicionar tudo”.
(3.2.5)	Sem Conteúdo Saliente (1/3)	Não são identificados motivos para eleger algum momento da sessão como mais significativo.	“Não acho que nenhuma seja... mais importante. Acho que o conjunto do Grupo, o decorrer do Grupo, as diferentes etapas, são todas igualmente importantes, no meu ponto de vista”.

Observando a categoria (3) *Momentos mais Significativos* importa referir que deve considerar-se que as 8 subcategorias integradas na subcategoria (3.1) são mutuamente exclusivas, tal como as 5 subcategorias inerentes à subcategoria (3.2). Contudo, as subcategorias (3.1) e (3.2) não o são, na medida em que a primeira corresponde à identificação dos momentos considerados pelos participantes como os mais significativos e a segunda corresponde aos motivos que os entrevistados referenciam como estando associados às suas escolhas sobre os referidos momentos percebidos como os mais relevantes.

A pertinência da categoria (3) “Momentos mais Significativos” concorre diretamente para a resposta à nossa questão de investigação 3.2 (quais os momentos das sessões de GB’s considerados mais significativos pelos seus membros) e consequentemente para a resposta à questão 3 relativa ao funcionamento dos GB’s em Portugal. Efetivamente, através da análise desta categoria é possível determinar diferentes momentos intrínsecos às sessões, quais são considerados mais significativos e porque motivos, e ainda averiguar diferenças no funcionamento dos diversos GB’s.

4.2.4 Categoria (4) – mudanças no grupo

A esta categoria *Mudanças no Grupo* (4) dizem respeito as mudanças que os entrevistados identificam no Grupo, com o decorrer do tempo de participação, bem como as referências que fazem relativamente ao impacto destas mudanças na qualidade do trabalho desenvolvido pelo GB. Incluem-se também nesta categoria todos os comentários dos participantes em que afirmam não identificarem qualquer mudança no Grupo que associem ao tempo de vida deste, ou decorrente do aumento do número de sessões em que os entrevistados estão envolvidos.

A categoria de análise estava previamente definida, mediante as questões presentes no guião de entrevista e que decorrem das questões de investigação e com a leitura e releitura das entrevistas confirmámos a sua pertinência. Contudo, as 5 subcategorias que apresentamos emergiram exclusivamente da análise das entrevistas.

A subcategoria *Tema e Complexidade dos Casos* (4.1) inclui as referências dos entrevistados ao facto de, com o decorrer do tempo, perceberam alterações nas temáticas que consubstanciam os casos que são apresentados no Grupo, bem como um aumento da complexidade dos mesmos. Os entrevistados mencionam ainda, através de unidades de análise codificadas nesta subcategoria (4.1), que também as propostas de gestão da relação médico-doente vão sofrendo mudanças, com o passar do tempo.

A subcategoria (4.2) intitulada *Comunicação Interna* compreende as alusões dos entrevistados à presença de mudanças no Grupo e a forma como identificam estas mudanças, enquanto mudanças na comunicação entre os elementos do GB. Ou seja, fundamentalmente menções a alterações na forma como os casos são relatados e discutidos, e ao maior cuidado e respeito na abordagem ao caso e aos colegas do Grupo, influência do conhecimento entre as pessoas que vai aumentando com o decorrer da participação no Grupo.

Estados Emocionais foi a designação encontrada para a subcategoria com o código (4.3), devido ao facto de estarem a ela associadas as afirmações dos participantes que revelam uma associação entre a passagem do tempo sobre a sua participação no GB e a vivência de estados de maior conforto, confiança no Grupo, menos receio do julgamento dos colegas, e a presença de menos resistências e defesas.

Nem todos os entrevistados relataram perceber mudanças no Grupo, nomeadamente associadas ao tempo de vida deste. Mediante isto, não poderíamos deixar de assinalar este facto e assim constituir uma subcategoria que integrasse referências à ausência de mudanças no Grupo. Denomina-se *Sem Mudança* e tem o código (4.4).

Tal como em outras categorias, também na categoria (4) fez sentido, criar uma subcategoria de *Aspetos Complementares* (4.5) onde estivessem incluídas todas as verbalizações dos entrevistados que, embora não traduzissem de forma específica uma mudança no GB e uma eventual consequência desta, contêm informações que nos parecem muito úteis para um entendimento mais abrangente de quais as mudanças que ocorrem num GB com o passar do tempo, se estas se devem exclusivamente à passagem do tempo, e em que se repercutem.

Apresentamos as subcategorias agora descritas, na Tabela 4.5, onde constam também alguns exemplos do material codificado em cada uma delas.

Tabela 4.5

Categoria (4) – mudanças no grupo

(Código)	Título (fontes/unidades de análise)	Definição	Exemplo
(4)	Mudanças no Grupo (29/115)	Identificação de mudanças ou não no Grupo ao longo do tempo. Definição das mudanças existentes e do impacto na qualidade do trabalho do GB.	“Ao princípio também lá está, eu não pertenço ao Grupo desde o início, mas eu notava também, os colegas, há vários colegas um bocadinho retraídos e eu acho que ultimamente, mesmo gente nova

(Continuação)

(Código)	Título (fontes/unidades de análise)	Definição	Exemplo
(4.1)	Tema e complexidade dos casos (15/29)	Mudanças nas temáticas e complexidade dos casos e das propostas de gestão da relação, apresentados no Grupo.	que tem entrado: internos e isso, eu acho que tem havido uma abertura grande, uma melhoria no trabalho”.
(4.2)	Comunicação Interna (15/24)	Mudanças na forma como são apresentados os casos e como os elementos do Grupo comunicam entre si.	“As mudanças do Grupo, estamos todos muito mais maduros e identificamos... muito mais depressa os processos... facilmente conseguimos já a... identificar possíveis soluções e acho que um grande respeito, quer dizer, é notório a evolução do respeito que se tem uns pelos outros e pelas diferenças uns dos outros, não é? O aceitar a diferença de atuação de uns e de Outros”.
(4.3)	Estados Emocionais (14/25)	Mudanças nos estados emocionais vividos pelos participantes associados à permanência no GB.	“acho que sim...para já as pessoas vão ganhando mais confiança e mais segurança, menos resistências, ou menos defesas...acho que sim...que a continuidade tem benefícios...”

(Continuação)

	Título (fontes/unidades de análise)	Definição	Exemplo
(4.4)	Sem Mudança (4/7)	Não existem mudanças identificáveis no GB, com o decorrer do tempo de participação.	“Não. Acho que é o mesmo. Porque a dinâmica é exatamente a mesma”.
(4.5)	Aspetos complementares (16/30)	Aspetos relacionados com a mudança nos GBs, sem contudo serem identificadas estas mudanças especificamente.	“Eu penso que não é muito fácil sistematizar as diferenças que vão acontecendo. Porque as diferenças é como qualquer Grupo, é uma dinâmica própria que varia de Grupo para Grupo”.

As subcategorias da categoria (4) *Mudanças no Grupo* são mutuamente exclusivas, já que pretendemos entender se os participantes percebem ou não mudanças no Grupo e em caso afirmativo, identificar estas mudanças e de que forma se traduzem. Porém o facto de as subcategorias serem mutuamente exclusivas não significa que cada entrevistado apenas tenha referenciado uma mudança e o efeito desta. Assim, elementos provenientes da mesma entrevista encontram-se codificados em subcategorias diferentes, por contribuírem de forma diferenciada para a identificação das mudanças no GB e do impacto destas.

A pertinência desta categoria para o presente trabalho relaciona-se diretamente com a questão de investigação 3.4 (que mudanças acontecem nos Grupos ao longo do tempo) e concludentemente contribui também para a resposta à questão de investigação 3 (qual o funcionamento dos Grupos) já que pretendemos um entendimento dinâmico

daquele que é o funcionamento destes Grupos. Ou seja, para além do conhecimento do funcionamento formal e estrutural dos GB's, interessa-nos compreender as dinâmicas que lhe são internas. A perspectiva de existirem mudanças nos GB's e de podermos contribuir para a sua identificação parece-nos concorrer para esta compreensão.

4.2.5. Categoria (5) – experiências menos positivas

A categoria *Experiências Menos Positivas* com o código (5) foi definida previamente à análise e no decorrer desta foi-se verificando a sua pertinência. Importa clarificar que quando afirmamos definir uma categoria previamente à análise, estamos a afirmar que esta categoria decorreu diretamente da conjugação de diferentes contributos, nomeadamente o conhecimento da literatura, as questões de investigação do presente trabalho, e as primeiras leituras e releituras das entrevistas. No que concerne a esta categoria (5) e como aconteceu noutras categorias definidas previamente ao processo de análise, as subcategorias foram todas elas emergindo no decorrer do processo de codificação.

Esta categoria compreende as afirmações dos entrevistados sobre experiências por eles vividas no seio dos GB's e que consideram menos positivas.

A subcategoria (5.1), denomina-se *Fatores Pessoais*, por compreender experiências relatadas pelos participantes que atribuem a fatores pessoais determinadas experiências por eles vividas e que os próprios consideram menos positivas. Estas experiências são relatadas como menos positivas por estarem associadas a momentos de irritação, desconforto ou intranquilidade. Os entrevistados identificam características suas, mais ou menos permanentes (traços ou estados), que consideram terem influenciado a sua participação e a vivência de uma determinada sessão ou de um

período de tempo, no âmbito dos GB's, bem como características (traços ou estados) de outros elementos do GB que os entrevistados afirmam terem contribuído para que tivessem vivido os momentos identificados.

A subcategoria (5.2) *Características da Sessão* refere-se às descrições dos entrevistados de situações vividas por eles nos Grupos e que atribuem a características específicas de determinadas sessões. Isto acontece quando o foco da sessão ultrapassa a relação médico–doente e são abordadas (ou alguém pretenderia que fossem) questões pessoais ou aspetos relativos ao diagnóstico ou terapêutica medicamentosa. Encontramos nesta subcategoria referências dos entrevistados ao facto de sentirem como menos positivas as vivências de sessões em que o foco original dos GB's (a relação médico doente), aparentemente foi ignorado ou subalternizado.

A subcategoria *Ambiente do Grupo* com o código (5.3) encerra os relatos dos entrevistados no que concerne a experiências vividas como menos positivas e cujo motivo, parece estar associado ao ambiente vivido no GB na altura. Caracterizam este ambiente promotor de experiências menos positivas a presença de elementos de um mesmo género altamente competitivos entre si, a presença de elementos com relações profissionais próximas e com posições hierárquicas diferentes, ou elementos de uma mesma equipa que partilham ou pelo menos conhecem alguns dos casos apresentados. Foi também assinalada uma situação de quebra da confidencialidade exigida aos GB's e que propiciou um ambiente também menos positivo.

A última subcategoria da categoria (5) *Experiências menos Positivas* refere-se aos testemunhos dos participantes que afirmam não terem vivido nenhuma situação ou

momento que pudessem classificar como sendo menos positivo. Por isso designámos esta subcategoria como *Inexistentes* e foi-lhe atribuído o código (5.4).

Tal como no que concerne às outras categorias que temos vindo a descrever, também aqui apresentamos uma Tabela (4.6) que pretende evidenciar as diferentes subcategorias, exemplificando cada uma delas através de excertos de unidades de análise codificadas.

Tabela 4.6

Categoria (5) – Experiências menos positivas

(Código)	Título (fontes/unidades de análise)	Definição	Exemplo
(5)	Experiências menos positivas (29/95)	Experiências relatadas pelos entrevistados como sendo as menos positivas vividas no GB.	
(5.1)	Fatores Pessoais (16/45)	Experiências vividas como sendo as menos positivas devido a fatores pessoais.	“Não, não, sempre positiva. Realmente este caso, ao expor, senti uma coisa negativa, que no fundo tinha vergonha de contar o caso. Apesar de estar num sítio para debater estes casos... senti medo de expor o caso...”
(5.2)	Características da Sessão (9/26)	Experiências vividas como sendo as menos positivas devido a características específicas de determinadas sessões.	“Ou descrever exaustivamente a lesão encontrada na TAC... acho que é importante e são dados essenciais, mas que os Grupos têm determinado perfil e intuito, e que esse tipo de informação não deve ser analisada de forma exaustiva num GB, mas sim em reuniões multidisciplinares, com outro carácter. Portanto, esse tipo de momentos que por vezes surgem, são os momentos que eu menos gosto”.

(Continuação)

(Código)	Título (fontes/unidades de análise)	Definição	Exemplo
(5.3)	Ambiente do Grupo (6/17)	Experiências percebidas como menos positivas devido ao ambiente vivido no GB.	“casos particulares, estou-me a lembrar num Centro de Saúde onde era muito... notório uma... tensão e competição muito grande entre... homens médicos e com a chefia que também era um homem médico. Portanto era muito evidente isso e isso dificultava muito a evolução, a boa evolução das sessões”.
(5.4)	Inexistentes (5/7)	Não existem experiências percebidas pelos entrevistados como menos positivas.	“Olhe não tenho...pode ser uma grande inconsciência minha...mas não tenho ideia de me ter sentido menos bem, ou mal, em nenhum Grupo...ou mais incomodada, ou assim...”

Importa referir ainda, que as subcategorias da categoria (5) *Experiências Menos Positivas* são mutuamente exclusivas e que esta categoria associa-se linearmente com a questão de investigação 3.3 (quais as experiências vividas nos GB's, que os membros identificam como sendo as menos positivas), e por isso com a questão de investigação 3 já que permite adquirir alguns conhecimentos sobre situações vividas pelos participantes nos GB's, o que contribuiu para uma maior compreensão do(s) seu(s) funcionamento(s).

4.2.6 Categoria (6) – motivações

A sexta categoria de análise de conteúdo denomina-se *Motivações*, e tem o código de identificação (6).

A pertinência desta categoria associa-se ao facto de serem escassos na literatura existente sobre GB's, estudos que abordem explicitamente as questões subordinadas à motivação, apesar de existirem contudo, vários trabalhos que de alguma forma, referem motivos associados à participação nestes GB's e questionam as desistências e a importância de se conhecer mais acerca dos motivos que levam a estas desistências (Balint et al., 1966/2001; Kjeldmand & Holmström, 2010). É importante referir que a expressão “motivações” é aqui utilizada como sinónimo de “razões apontadas para a frequência e para a desistência dos GB's”. Assim, eram duas as categorias inicialmente definidas, baseadas no problema e questões de investigação e no conhecimento da literatura: *Motivação para a Participação* e *Motivação para o Abandono*. A primeira pretendia apenas identificar claramente as motivações inerentes à decisão de participação nos GB's, a segunda as motivações que conduziam às desistências. Contudo, após as primeiras leituras das transcrições das entrevistas, e análise e codificação das 5 primeiras, percebeu-se que relativamente à motivação existiam considerações dos entrevistados que permitiam uma análise mais exaustiva da temática, nomeadamente no que se refere ao conhecimento que os participantes têm sobre os motivos que levam a que o número de participantes não seja maior, ou as atribuições que fazem quanto a esses motivos. Surge assim uma terceira categoria associada à temática da motivação, o que nos levou a criar uma categoria que designamos por *Motivações* (6) e três subcategorias – *Motivação para a Participação* (6.1), *Motivação*

para o *Abandono* (6.2) e *Motivação para a Não Integração* (6.3) o que permitiu organizar a informação recolhida sobre motivação relativa a GB's de acordo com estes 3 elementos.

4.2.6.1. *Subcategoria (6.1) – motivação para a participação.*

Esta subcategoria remete para a identificação dos motivos que levaram os participantes a integrarem GB's e subjacente a ela emergiram durante os procedimentos de análise e codificação 6 subcategorias que passamos a descrever.

A subcategoria *Aprendizagem e Influência no Desempenho* a que foi atribuído o código (6.1.1), inclui verbalizações dos entrevistados que assumem como motivos inerentes à participação em GB's, o facto de perceberem os Grupos como contextos privilegiados para desenvolverem aprendizagens e treinarem competências com reflexo no seu desempenho, nomeadamente ao nível da relação médico doente.

Na subcategoria *Fonte de Prazer* (6.1.2) estão codificadas referências dos entrevistados ao facto de a participação em GB's estar associada a sensações de bem-estar, prazer, gratificação e euforia. Os participantes afirmam sentirem-se enriquecidos através da sua participação nos Grupos, porque lhes permite discussões ricas com outros colegas e demonstram que esta perceção de desenvolvimento pessoal é motivo de prazer e satisfação.

A subcategoria (6.1.3) intitula-se *Pertença a um Grupo de Pares* e remete para uma motivação centralizada no sentimento de pertença a um Grupo, e sobretudo a um Grupo de pares específico, onde é possível obter validação e confirmação de que partilham situações, abordagens e dificuldades o que provoca sentimentos positivos nos participantes.

A subcategoria (6.1.4) denomina-se *Importância Curricular* e refere-se à motivação para o ingresso e participação nestes Grupos decorrente da intenção de valorizar e enriquecer o currículo, nomeadamente num momento de internato em que o currículo será alvo de avaliação. Importa salientar porém que, no que concerne às referências incluídas nesta subcategoria (6.1.4), os entrevistados tecem considerações acerca do que julgam ser o motivo que leva a que alguns colegas participem nos Grupos. Apenas um dos entrevistados, entre os que referiram a frequência dos GB's como um aspeto valorativo do currículo (7), assume a importância curricular como um motivo para a sua participação nestes.

Atitude e Desempenho do Facilitador (6.1.5) foi a designação atribuída a uma subcategoria onde estão codificadas afirmações dos entrevistados que assumem que um dos motivos para a sua participação nos Grupos está diretamente relacionado com a atitude e desempenho do facilitador do Grupo que integram.

Ainda integrada na subcategoria *Motivação para a Participação* (6.1) importa mencionar que, de acordo com o procedimento utilizado em outras categorias, também aqui optámos pela criação de uma subcategoria (6.1.6) designada *Aspetos Complementares*, que comporta referências que, não identificando claramente motivos para a participação em GB's, complementam a compreensão dos motivos que os entrevistados associam à frequência de GB's.

A Tabela 4.7 sintetiza estas diferentes subcategorias e exemplifica o material codificado nelas.

Tabela 4.7

Subcategoria (6.1) – Motivação para a participação

(Código)	Título abreviado (fontes/unidades de análise)	Definição	Exemplo
(6)	Motivações (30/235)	Motivações envolvidas na participação, abandono e não integração em GB's.	“mas porque será que as pessoas saem, porque será que faltam, porque será que não vêm mais? Porque é tão estranho. Em cada sessão, sempre que acabamos, nos, os que cá estamos dizemos “ ai foi tão bom estarmos aqui. Que pena os outros não poderem fazer isto”.
(6.1)	Motivação para a Participação (27/116)	Motivações dos entrevistados para a participação em GB's.	“conseguir encontrar no relacionamento com os doentes, outras motivações que não só o tratar uma determinada situação de carácter mais físico ou que se processasse do ponto de vista mais físico e dar-lhe só uma resposta também limitada a essa, ou na busca de um diagnóstico a partir de sintomas, muitas vezes que não correspondia portanto a uma doença física ou então ficar ali empatado, encalhado entre não se encontra uma doença física mas o doente continua a sofrer e então ficar sem possibilidades de resposta.”
(6.1.1)	Aprendizagem e Influência no Desempenho (19/41)	Motivos associados à aprendizagem de conteúdos e treino de competências úteis no desempenho médico.	“possibilidade de melhor compreensão dos doentes que o Grupo acabou por ir proporcionando, ou fomentando mais, proporcionar e fomentar. Fomentar também em termos de vontade de estudar mais estas áreas psicológicas, foi-me ajudando a intervir mais, com mais agrado não é, com mais feedback de satisfação em relação aos doentes. “

(Continuação)

(Código)	Título abreviado (fontes/unidades de análise)	Definição	Exemplo
(6.1.2)	Fonte de Prazer (14/27)	Motivação associada à percepção de enriquecimento e desenvolvimento pessoal, sentidos como prazerosos e resultantes da participação.	“Para já é o gosto, o prazer, o sair satisfeito e ver o outro satisfeito que nos vem procurar, e eu acho que isso é extremamente gratificante”.
(6.1.3)	Pertença a um Grupo de Pares (13/18)	Motivação associada à pertença a um grupo de pares específico.	“e outras dizem “não, não eu tenho aqui a minha cadeira, eu quero, quero saber que posso contar com isto, de vez em quando estou assim mais ausente, mas eu faço parte”.
(6.1.4)	Importância Curricular (7/11)	Motivação associada à participação em GB´s, como elemento valorizador do currículo.	“sentem a participação no Grupo como alguma importância curricular”.
(6.1.5)	Atitude e Desempenho do Facilitador (3/5)	Motivação associada a características e desempenho do facilitador.	“eu tenho a sorte de ter uma facilitadora como ela. E é também um dos motivos que me prende lá e que eu adoro lá andar. É uma coisa particular, mas é verdade”.
(6.1.6)	Aspetos Complementares (13/24)	Aspetos relacionados com a motivação para a participação em GB´s, mas que não as definem especificamente.	“e é uma coisa que acho que é muito bom nos GB´s, é mesmo esta coisa das pessoas se ouvirem muito”

A categoria (6.2) *Motivação para o abandono*, inclui o conhecimento e/ou as atribuições dos atuais participantes quanto aos motivos que levam colegas que integraram os GB´s a decidirem abandoná-los e estão subjacentes a ela 6 subcategorias que pretendem espelhar de forma mais específica estes motivos.

Indisponibilidade (6.2.1) foi a designação atribuída a esta categoria que integra

todos os motivos relacionados com a falta de tempo dos médicos devido a diferentes constrangimentos, na sua maioria não associados diretamente aos GB's. Assim, nesta subcategoria são apresentados constrangimentos como a) mudança de perfil de funções que advém do facto de o médico terminar o internato e passar a especialista, ou de alguns especialistas passarem a assumir cargos de chefia; b) a organização das equipas integradas em Unidades de Saúde Familiar que obriga a determinados horários fixos e que por vezes coincidem com os horários de funcionamento dos Grupos; c) responsabilidades familiares acrescidas; d) ingresso em processos de doutoramento. Todos estes se relacionam com a vida do médico (profissional e pessoal). Porém, os entrevistados assinalam um outro constrangimento sendo que este relaciona-se diretamente com a vida dos GB's. Ou seja, além dos constrangimentos já enumerados, os entrevistados apontam também que a indisponibilidade dos médicos advém do facto de existirem poucos GB's (atualmente em apenas 3 cidades do país), o que acresce dificuldades aos profissionais que por diferentes motivos alteram a sua residência e/ou local de trabalho, ou para quem, pelos motivos que enunciamos num primeiro momento, relacionados com aspetos pessoais e/ou profissionais, passa a ser mais difícil manter disponibilidade para proceder à deslocação até uma destas 3 cidades, como até aí faziam, e por isso abandonam os Grupos.

A subcategoria (6.2.2) *Ansiedade e Desconforto* integra codificações que remetem para a participação nos GB's ter-se, em determinada altura, tornado desconfortável e/ou ansiogénica. As razões apontadas para o surgimento destes estados emocionais são fundamentalmente: a falta de tempo e o sentimento de culpa que daí advém por repetidamente faltarem às sessões do Grupo, o esforço de organização da agenda de modo a que seja possível não falhar o compromisso que se assumiu com o

Grupo e portanto estar presente nas sessões e ainda a vivência de situações em que se sentem criticados e/ou pouco compreendidos no Grupo.

A subcategoria *Inexistentes* (6.2.3) remete para referências dos entrevistados ao facto de não conhecerem nenhuma situação em que um colega integrado num GB tenha decidido abandoná-lo.

A subcategoria *Graus de Maturidade* (6.2.4) agrega as codificações que identificam como motivo para abandono dos GB's, o facto de em determinado momento alguns médicos deixarem de sentir necessidade de participarem. Esta situação advém do facto de a frequência das sessões deixar de ser percebida como uma influência positiva na prática profissional por terem atingido o nível máximo de desenvolvimento que acreditam poder advir da sua participação.

A subcategoria *Utilidade para a Prática Médica*, com o código de codificação (6.2.5) inclui as referências dos entrevistados que refletem como motivos para a desistência de alguns colegas, a falta de reconhecimento da utilidade do método no exercício da profissão. Portanto as codificações integradas nesta subcategoria assumem que o motivo de abandono dos GB's é, em algumas situações, o facto de os médicos participarem durante um período de tempo nas sessões de Grupo, mas não reconhecerem no método Balint, uma resposta adequada às suas expectativas.

Por último, e de acordo com um dos procedimentos que adotámos na análise e codificação inerentes ao presente estudo, foi criada uma subcategoria denominada *Aspetos Complementares* (6.2.6) que congrega referências dos participantes que não identificando claramente motivos para o abandono dos GB's, incluem aspetos que

permitem uma análise mais cuidada das codificações feitas no âmbito da subcategoria

(6.2) *Motivação para o abandono.*

A tabela 4.8 representa a organização das subcategorias que descrevemos e incorpora exemplos de codificações referentes a todas elas.

Tabela4.8

Subcategoria (6.2) – motivação para o abandono.

(Código)	Título abreviado (fontes/unidades de análise)	Definição	Exemplo
(6.2)	Motivação para o Abandono (29/114)	Motivos que levam à decisão de abandonar o Grupo.	“às vezes oiço assim, ou vem-me ter a explicação, mudei de sítio, comecei a fazer um estágio, agora não dá para aquelas horas, mas sei mais tardiamente ou para algum colega que chega cá e diz isso.”
(6.2.1)	Indisponibilidade (21/55)	Motivos associados à falta de tempo, inerente a diferentes constrangimentos.	“Entretanto houve alguns que ao fim de um ano de especialistas saíram, até porque começaram com outras atividades e esta história das USF’s e não sei quê, e deixaram de ter disponibilidade.”
(6.2.2)	Ansiedade e Desconforto (10/22)	Motivos associados à ansiedade e desconforto, provocados por diferentes circunstâncias, e que de alguma forma se associam à participação no Grupo.	“lembro-me de uma pessoa que sim, que dizia que não conseguia abstrair-se de si própria e falar da relação e portanto que ficava sempre muito magoada porque quando nós dávamos palpites, sentia como se fossem agressões pessoais e que por isso não conseguia digerir isso. E que por isso não conseguia mais porque não conseguia aguentar isso.

(Continuação)

(Código)	Título abreviado (fontes/unidades de análise)	Definição	Exemplo
(6.2.3)	Inexistentes (6/7)	Não são conhecidos motivos que tenham levado à desistência de algum participante.	“Eu lembro-me de pessoas que foram lá ver e que acabaram por não ficar... pessoas do Grupo, que tenham mesmo abandonado... é assim, existem sempre algumas sessões em que há um ou outro a faltar, agora assim abandonar, abandonar... eu penso que não...”
(6.2.4)	Graus de Maturidade (5/10)	Motivos associados à percepção de que foi atingido o nível máximo de desenvolvimento possível com recurso aos GB's.	“Eles abandonaram porque achavam que tinha terminado o tempo deles, pronto. E estiveram bastante tempo connosco. Aliás, primeiro esteve ela, depois ele veio com ela. Vieram internos com ela. E depois acabaram todos. Penso que chegou à maturidade.”
(6.2.5)	Utilidade para a prática médica (4/6)	Motivos associados ao facto de não reconhecerem a participação em GB's como útil no desempenho médico.	“por exemplo, eu tenho uma... que por acaso é minha amiga, que ela ia ao Balint mas no outro Grupo, e ela disse-me... eu até nem discuto isso com ela, porque ela é minha amiga. "Ao Balint não vou mais, pá. Aquilo é uma palermice. Discutem cada coisa. Que palermice. Olha..." porquê? Ela é o típico daquele médico do "eu é que sei".
(6.2.6)	Aspetos Complementares (15/21)	Aspetos relacionados com a motivação para o abandono da participação em GB's, mas que não a definem especificamente.	“portanto fazemos um contrato de participação no Grupo durante um ano, e dou mais atenção também as saídas durante esse ano, ou o não aparecimento de pessoas durante esse ano, do que depois. E de facto tem sido mais até os que deixam de aparecer depois. E depois as vezes também há aquele, o voltar do filho pródigo, que não vinha, deixou de vir uma série de tempo e voltam a aparecer.”

Para além dos motivos subjacentes à participação e ao abandono dos Grupos, a análise das transcrições das entrevistas permitiu emergir uma subcategoria a que chamámos *Motivação para a Não Integração* (6.3) que agrega fundamentalmente as atribuições que os participantes fazem quanto aos motivos que levam a que não seja maior o número de médicos que, em Portugal, frequentam GB's. Nesta subcategoria emergiram durante os procedimentos de análise e codificação 3 subcategorias diferentes, que passamos a descrever.

Subcategoria *Utilidade* (6.3.1) que integra as codificações que indicam como principal motivo para a não integração de mais colegas nos GB's, a falta de reconhecimento da utilidade do método no exercício da profissão. Incluem-se aqui também afirmações dos participantes que apontam o facto de os colegas considerarem o método pouco objetivo e que apenas permite trabalhar competências que consideram serem inatas nos médicos.

A subcategoria *Tempo e Proximidade* (6.3.2), tal como a subcategoria *Indisponibilidade* (6.2.1) codificada na subcategoria (6.2) relativa aos motivos de abandono dos Grupos, remete para a falta de tempo dos médicos para poderem participar nas sessões e os constrangimentos inerentes a esta falta de tempo, agravados pela localização muito concentrada, do ponto de vista geográfico, dos GB's em funcionamento.

A subcategoria *Exposição* (6.3.3) remete como o nome indica, para o facto de os médicos participantes acreditarem que um dos motivos que impossibilita um maior número de médicos participantes nos Grupos, é o facto de o método Balint implicar

alguma exposição do médico e do seu desempenho, o que não é confortável, muitas vezes nem sequer desejável, para muitos dos seus colegas de profissão.

Na Tabela 4.9 consta a organização das subcategorias inerentes à subcategoria (6.3) *Motivação para a Não Integração*, bem como exemplos de codificações que permitem concretizar as descrições anteriores.

Tabela 4.9

Subcategoria (6.3) – motivação para a não integração.

(Código)	Título abreviado (fontes/unidades de análise)	Definição	Exemplo
(6.3)	Motivação para a Não Integração (11/22)	Motivos que levam à decisão de não integração nos GB's.	“não a entendem portanto assistem a um Grupo, quando eu falo de um GB, e tenho falado com colegas, e explico o que é que fazemos, alguns dizem: sim, sim, e isso parece-me muito bom, há outros que não entendem muito bem. ..Portanto eu acho que assumiram aquela postura de... porque acima de tudo a consulta é o doente, não é? Na faculdade nós não falamos sobre “O que é que sentimos” quer dizer, isso é uma coisa... “o médico não sente e pronto”, portanto há muitos que foram por aí... “
(6.3.1)	Utilidade (5/12)	Motivos associados à falta de reconhecimento da participação em GB's como útil na prática clínica.	“Há colegas que se calhar não acham relevante para a prática clínica, e pode não disseminar por causa disso.”

(Continuação)

(Código)	Título abreviado (fontes/unidades de análise)	Definição	Exemplo
(6.3.2)	Tempo e Proximidade (4/5)	Motivos associados à falta de tempo e constrangimentos relacionadas com a proximidade aos GB's existentes.	“mas... não sei... Eu penso que pode ter a ver com isso, com as questões do horário, com as questões da proximidade.”
(6.3.3)	Exposição (3/3)	Motivos associados à necessidade de exposição (do médico e do seu desempenho) intrínseca à participação em GB's.	“Portanto esta dimensão Balint que nos expõe pode... e Balint dizia isso até num dos livros... ele diz isso, pronto diz que há realmente pessoas que não conseguem estar tranquilas nesse <i>setting</i> não é? Portanto que se sentem muito expostas.”

Deve -se assinalar que as subcategorias (6.1), (6.2) e (6.3) não são mutuamente exclusivas na medida em que, por um lado os mesmos entrevistados puderam contribuir para codificações referentes à motivação, segundo os 3 prismas que cada uma das subcategorias reflete, por outro lado, porque considerou-se que algumas unidades de análise podiam ser codificadas simultaneamente em subcategorias intrínsecas às subcategorias (6.1), (6.2) e (6.3).

A pertinência da análise da categoria (6) *Motivações* decorre diretamente da questão de investigação 2 (quais as motivações envolvidas nos GB's), nomeadamente no que se refere à análise das codificações intrínsecas às subcategorias (6.1) *Motivação para a Participação* e (6.2) *Motivação para o Abandono*. Porém, o facto de ter emergido a categoria (6.3) concorre diretamente para o problema central desta

investigação, já que nos permite uma caracterização mais abrangente dos GB's, na ótica dos participantes, sobre um aspeto que não tem sido desenvolvido de forma muito explícita na literatura, ou seja, perceber não só as motivações que influenciam os médicos a participarem, como também as razões que deixam tantos de fora destes Grupos.

4.2.7. Categoria (7) – impactos dos Grupos Balint

A categoria (7) *Impactos dos GB's* foi previamente definida relativamente ao início do procedimento de análise, na medida em que decorre diretamente das questões de investigação. As subcategorias foram, contudo, todas elas emergindo no decorrer do procedimento de análise e codificação.

A subcategoria *Confiança e Tranquilidade (7.1)* inclui codificações que evidenciam como impacto da participação em GB's o facto de os entrevistados se sentirem mais confiantes, tranquilos e acompanhados pelos colegas, o que segundo os participantes tem tradução no à vontade que revelam com os pacientes e numa maior segurança no exercício da sua profissão, nomeadamente no que concerne à relação que estabelecem e mantêm com os doentes.

A subcategoria *Alteração da Personalidade (7.2)* encerra as referências dos participantes quanto a alterações na sua forma de estar, sentir e pensar e também nas diferenças que reconhecem noutros colegas, também eles participantes de GB's, sendo que estas transformações são segundo os entrevistados fruto do impacto da participação nestes Grupos.

A subcategoria (7.3) denominada *Auto-conhecimento e Literacia Emocional* inclui referências dos entrevistados à melhoria dos níveis de auto-conhecimento e a uma maior competência na identificação e compreensão das suas emoções.

A subcategoria (7.4), que designámos por *Satisfação Profissional*, integra codificações em que de forma direta ou indireta, o impacto da participação em GB's se evidencia pelo aumento da satisfação profissional.

A subcategoria *Fator Protetor* (7.5) inclui as referências dos participantes que evidenciam como impacto dos GB's o facto de se sentirem mais protegidos relativamente à vivência de estados de fadiga, exaustão. O Grupo assume assim importância enquanto fator protetor perante uma situação de potencial risco, sendo esta o próprio exercício da profissão médica que, como é evidenciado pela vasta literatura sobre a temática, é considerada uma profissão cuja prática associada a fatores pessoais como determinados tipos de personalidade e tipos de aprendizagem torna os seus praticantes vulneráveis a situações de burnout (Chen et al, 2013; Dyrbye et al., 2014; McMannus, Keeling & Paice, 2004; Keeton, Fenner, Johnson & Hayward, 2007; Valk & Oostrom, 2007).

A subcategoria (7.6) *Auto-estima* remete para codificações em que os participantes atribuem ao facto de participarem em GB's uma influência positiva nos seus níveis de auto-estima, nomeadamente através da confirmação que recebem no Grupo, por parte dos colegas, relativamente a formas de atuação que mantém na relação com o doente. As codificações inerentes a esta subcategoria remetem recorrentemente para o sentimento de gratificação consigo próprios que a participação nos Grupos

provoca nestes participantes.

A subcategoria *Intuição (7.7)* inclui referências em que os participantes identificam uma melhoria da sua intuição, descrevendo na prática clínica esta competência como algo que lhes permite perceber o que Michael Balint dizia ser a agenda oculta do doente, ou seja, compreender melhor, ou mesmo antecipar dificuldades, vulnerabilidades ou problemas que o doente não consegue colocar na relação com o médico de forma explícita.

A subcategoria (7.8) *Empatia* refere-se a codificações em que os entrevistados assumem como impacto da sua participação nos GB's, o desenvolvimento e treino da empatia, que descrevem como a capacidade de perceber o doente como uma pessoa com problemas e entender melhor não só o problema como as emoções que o paciente traz para a consulta e fundamentalmente perceber as emoções que o doente experiencia na consulta, portanto na relação com o médico.

A subcategoria (7.9) *Abordagem Centrada no Paciente* remete para as referências dos participantes quanto ao impacto na capacidade de os médicos que compõem os GB'ss manterem uma prática médica mais de acordo com uma abordagem centrada no paciente, por oposição a uma modelo biomédico ainda hoje muito comum, segundo o que referem.

A subcategoria (7.10) *Versatilidade* refere-se às codificações em que os participantes assumem como impacto dos GB's a aprendizagem e desenvolvimento de um maior conjunto de respostas diferentes, perante as diversas solicitações, implícitas ou explícitas, dos pacientes, através da discussão dos casos e análise dos mesmos por

vários profissionais com diferentes experiências e sobre diferentes perspetivas. Ou seja, uma variabilidade de respostas que permite uma versatilidade do médico que se manifesta na relação com o mesmo doente ao longo do tempo e mediante situações diferentes, ou na capacidade de se adequar a diferentes doentes, logo diferentes pessoas.

A subcategoria (7.11) *Comportamento na Relação com os Doentes* inclui as referências dos participantes onde identificam como impacto da participação nos GB's, a mudança relativamente aos comportamentos que assumem na relação com os doentes. O tom de voz utilizado, o lugar onde o doente se senta relativamente ao sítio onde se encontra o médico, o facto de olharem os doentes nos olhos, são alguns dos exemplos utilizados pelos participantes para clarificarem as mudanças comportamentais a que se referem.

A subcategoria *Outras Relações* (7.12) como a sua designação indica, inclui as referências que os entrevistados fizeram relativamente a uma melhor compreensão e gestão das relações profissionais e pessoais.

A subcategoria (7.13) *Gestão do Tempo das Consultas* remete para as codificações em que o impacto da participação em GB's é associado à forma como os médicos gerem o tempo de cada consulta. Esta é uma problemática do quotidiano do exercício médico, e para os nossos entrevistados o facto de participarem em GB's torna algumas consultas mais demoradas do que a organização do serviço prevê ou deseja. Contudo referem também que existem consultas que, pelo facto de participarem em GB's, se tornam mais rápidas devido à capacidade de intuir e perceber a agenda oculta do doente e de empatizar com ele.

A última subcategoria, designada *Aspetos Complementares* (7.14), deriva que de um procedimento integrado nos procedimentos de análise e codificação utilizados no presente trabalho e que descrevemos anteriormente. Quanto a esta subcategoria (7.14) importa referir que as codificações que encerra estão na sua maioria (7 de 12 referências codificadas) relacionadas com as diferenças existentes relativamente ao impacto diferencial da participação em GB's, considerando o papel que se assume numa sessão específica.

A Tabela 4.10, representa a organização da categoria (7) *Impacto dos GB's* e das subcategorias que lhe são inerentes, recorrendo a exemplos retirados das transcrições das entrevistas de forma a tornar mais claras as codificações realizadas.

Tabela 4.10

Categoria (7) – impacto dos GB's

(Código)	Título abreviado (fontes/unidades de análise)	Definição	Exemplo
(7)	Impacto dos GB's (30/239)	Identificação de alterações no indivíduo, no seu desempenho e/ou na relação com os outros (que não os doentes) decorrentes da frequência de GB's.	
(7.1)	Confiança e Tranquilidade (10/23)	Frequência de GB's contribui para aumento da confiança e tranquilidade do médico.	“Lutei, fiz o que consegui, mesmo com a discussão do Grupo não conseguimos encontrar nada em que eu me pudesse agarrar nesse dia, às vezes surgem sugestões e ninguém me conseguiu dar uma, nenhuma... bom aquilo que eu contava, ninguém conseguiu, mas consegui ganhar essa tranquilidade. “

(Continuação)

(Código)	Título abreviado (fontes/unidades de análise)	Definição	Exemplo
(7.2)	Alteração da personalidade (6/15)	Participação em GB´s influencia alterações na personalidade dos médicos.	“Mudanças individuais. Pessoas completamente diferentes.”
(7.3)	Auto-conhecimento e literacia emocional (10/15)	Participação em GB´s influencia níveis de auto-conhecimento dos médicos e contribui para o desenvolvimento de literacia emocional.	“O que é que me levou a fazer assim? Obrigá-me a pensar em mim, nas minhas emoções, na maneira como eu me emociono perante um caso que me contam, perante um paciente. E a forma como eu me emociono depois vai originar a resposta que dou à solução ao caso.”
(7.4)	Satisfação Profissional (6/9)	Participação em GB´s influencia níveis de satisfação profissional.	“Portanto eu acho que é preciso não confundir, não ir ao GB para passar a gostar do que se está a fazer, porque isso não é possível. Agora que se pode melhorar a satisfação, ah isso acho que sim, exatamente e acho que melhorei a minha ao longo dos anos. “
(7.5)	Fator protetor (6/8)	Participação em GB´s atua como fator protetor relativamente a estados de fadiga e exaustão dos médicos.	“E, é esse tipo de pressão que gera um bocado de desencanto e um bocado de vontade de... sei lá, sei lá pronto! De me ir embora, de ir dar uma volta. E, o Balint ajudou-me imenso, imenso, imenso a lidar com isto, a lidar com a pressão com a ansiedade do serviço e é pá agora vem este e eu vou ter uma consulta terrível e tem-me ajudado muito a racionalizar.”

(Continuação)

(Código)	Título abreviado (fontes/unidades de análise)	Definição	Exemplo
(7.6)	Auto-estima (5/6)	Participação em GB's influencia níveis de auto-estima dos participantes.	“Há pessoas que chegam à consulta de uma maneira e saem de outra, e acho que isso é que é gratificante como ser médico, muitas vezes não é o diagnóstico, é a maneira como a pessoa sai da consulta, e dizem: “Ai, ainda bem que a Dra. B me apareceu na minha vida”, alguns dizem isto, e os <i>Balint</i> ajudam nisso.”
(7.7)	Intuição (2/7)	Participação em GB's influencia níveis de intuição dos médicos.	“E acho que foi desta reflexão, e desta, deste sentir no momento que qualquer coisa não está bem, que me está a impedir de perceber e até de chegar aquela pessoa, e que aquela pessoa também tem qualquer coisa para me dizer que não é capaz.”
(7.8)	Empatia (15/45)	Participação em GB's influencia o desenvolvimento de empatia.	“Talvez ensinar-me a colocar mais na posição do utente. Perceber o utente. O doente ou utente, com que nós lidamos todos os dias. Pôr-me mais na posição dele, mesmo que ele tenha uma atitude que eu considero agressiva.”
(7.9)	Abordagem centrada no paciente (15/26)	Participação em GB's influencia a adoção de uma abordagem centrada no paciente pelos médicos.	“Bem, estas consultas inicialmente eram consultas muito demoradas, porque a senhora vinha com imensas queixas e no fundo eu tinha de apanhar quais eram as queixas mais importantes, para não valorizar todas as queixas, tentei perceber o contexto social familiar e em que a senhora estava englobada e agora as consultas têm sido menores e já consigo diferenciar os problemas mais importantes daqueles que não são tão importantes”

(Continuação)

(Código)	Título abreviado (fontes/unidades de análise)	Definição	Exemplo
(7.10)	Versatilidade (16/31)	Participação em GB's influencia aquisição de maior variedade de respostas aos pacientes.	“Muitas vezes em termos de, há um momento de mudança em relação a alguns sintomas daqueles que nós não conseguimos resolver, que não depende do médico... mas, dar tempo. Isto é... dar tempo que não somos nós que resolvemos, o doente muitas vezes não é possível... resolver determinadas questões, e é dar tempo e... lembrar-me muitas vezes de sessões <i>Balint</i> daquelas em que parece que não havia solução para nada, e aparecem várias hipóteses. Portanto é no fundo alargar perspetivas naquelas situações em que o médico se sente mais impotente para resolver.”
(7.11)	Comportamento na relação com os doentes (11/28)	Participação em GB's promove alterações no comportamento dos médicos na relação com os doentes.	“Que foi... por exemplo, o não ter medo de encarar a pessoa nos olhos, e que às vezes isso nos transtorna..., também nos dá muita informação”
(7.12)	Outras relações (8/14)	Participação em GB's promove mudanças nas relações dos médicos com os outros (não doentes).	“Agora que ando nos GB's, mesmo na vida pessoal, com amigos, e com... com conflitos... de relação pessoa-pessoa, não é médico doente, às vezes por impulsividade, e por mais emocional, a pessoa não, não toma os princípios <i>Balintianos</i> logo, mas depois começa a pensar nisso e há certos conflitos que conseguem ser resolvidos.”
(7.13)	Gestão do tempo das consultas (4/7)	Participação em GB's influencia a gestão feita pelos médicos, do tempo de consulta.	“há uma questão, que essa eu ainda não resolvi... que... em algum momento me fez perder/ganhar em algumas consultas tempo...”

(Continuação)

(Código)	Título abreviado (fontes/unidades de análise)	Definição	Exemplo
7.14)	Aspetos Complementares (7/12)	Aspetos relacionados com o impacto da participação em GB's, mas que não definem estes impactos especificamente.	“primeiro é preciso participar apresentando um caso, porque não tem nada a ver eu ouvir os que os outros dizem e eu apresentar um caso que me incomoda e com aquilo que eu levo para casa.”

Das 239 codificações realizadas nas 14 subcategorias emergentes da categoria (7)

Impacto dos GB's, todas são mutuamente exclusivas à exceção de 3 unidades de análise que estão categorizadas em duas subcategorias simultaneamente pelo facto de (decorrente da análise do texto e análise contextual) acreditarmos que se reportavam simultaneamente a dois impactos distintos e considerar-se incorreto optar pela codificação em apenas uma subcategoria.

A pertinência desta categoria liga-se diretamente à resposta à questão de investigação 4 e contribuirá para a caracterização, na ótica dos entrevistados, dos GB's, dirigidos a médicos em funcionamento em Portugal, permitindo também averiguar sobre a eficácia destes Grupos, enquanto processos de desenvolvimento profissional contínuo, na ótica de quem neles participa.

Todas as subcategorias que apresentámos emergiram da categoria (7) *Impactos dos GB's* e mediante um conjunto tão alargado de impactos percebidos pelos participantes e analisando a versão final de todas estas diferentes subcategorias,

percebemos que se agrupam em 3 categorias mais abrangentes:

- Mudanças internas no participante;
- Processo de interação/relação com o doente;
- Aspectos da relação do participante com os contextos exteriores à relação com o doente;

O primeiro Grupo que referimos, inclui as subcategorias *Confiança e Tranquilidade* (7.1), *Alteração da Personalidade* (7.2), *Auto-conhecimento e Literacia emocional* (7.3), *Satisfação Profissional* (7.4), *Factor Protector* (7.5), *Auto-estima* (7.6) e *Intuição* (7.7). Têm em comum o facto de nelas encerrarem codificações que remetem para um impacto da frequência de GB's, ao nível das mudanças que afirmam ocorrerem nos participantes.

O segundo destes Grupos integra as subcategorias *Empatia* (7.8), *Abordagem Centrada no Paciente* (7.9), *Versatilidade* (7.10) e *Comportamento na Relação com os Doentes* (7.11). Aqui o denominador comum é o facto de os entrevistados perceberem enquanto impacto da sua participação em GB's, mudanças na relação que estabelecem com os doentes.

O terceiro Grupo envolve as subcategorias *Outras Relações* (7.12) e *Gestão do Tempo das Consultas* (7.13) que integram as referências dos entrevistados que identificam como impacto do seu envolvimento nos GB's, mudanças nas relações (profissionais e/ou pessoais) que mantém com outros, que não os doentes.

4.2.8. Categoria (8) – enquadramento institucional

A última categoria que apresentamos, intitula-se *Enquadramento Institucional* dos GB's (8) e tal como aconteceu com outras categorias anteriormente descritas, foi previamente definida relativamente ao início do procedimento de análise, na medida em que decorre diretamente das questões de investigação. Quanto às subcategorias, todas elas foram emergindo no decorrer do procedimento de análise e codificação.

Inicialmente, além de incluir todas as referências dos entrevistados quanto à eventual necessidade de divulgação dos GB's, identificação das formas de divulgação e propostas de disseminação e desenvolvimento dos Grupos, esta categoria procurava (na sua primeira conceptualização) integrar também a importância que os participantes atribuíam aos GB's, como forma de justificar as perspetivas dos participantes face à necessidade de divulgação e implementação dos Grupos. Concluiu-se porém, como resultado de uma avaliação às categorias utilizadas para análise e codificação das 5 primeiras entrevistas que considerar a importância atribuída pelos participantes aos Grupos nesta categoria, poderia suscitar algumas situações redundantes com outras categorias e trazer pouca especificidade às subcategorias emergentes. Assim, a categoria (8) *Enquadramento Institucional dos GB's* passou a incluir apenas referências relativas à identificação de necessidades de divulgação e formas de divulgar e disseminar os GB's, com vista ao desenvolvimento destes em Portugal.

Procedemos à reanálise das 5 entrevistas iniciais e ao longo do processo de análise reiniciado emergiram 3 subcategorias que passamos a descrever.

A subcategoria (8.1) *Valorização Curricular* contém referências dos entrevistados à valorização dos GB's nos currículos da formação médica, como forma de disseminação destes Grupos no país.

A subcategoria *Divulgação* com o código (8.2) inclui referências dos entrevistados que mencionam as suas perspetivas quanto à necessidade de divulgação do método. Identificam as formas utilizadas atualmente, nomeadamente através de outros colegas, dos orientadores que passam a informação aos internos ou de seminários, e referem outras formas de divulgação e disseminação que consideram necessárias, como a realização de mais Grupos experimentais (momentos em que os médicos são convidados a participar, sem qualquer compromisso com o Grupo, que é composto para aquela sessão e que logo se dissolve) e a formação de mais facilitadores, que pudessem assegurar o funcionamento de outros Grupos.

A subcategoria (8.3) designada *Decisão Central* remete para as declarações dos participantes quanto à necessidade de decisões formais, tomadas pelos organismos com poder de decisão, para que os GB's pudessem disseminar-se em Portugal e traçarem assim um caminho de desenvolvimento.

As três subcategorias emergentes da categoria (8) são mutuamente exclusivas entre si, na medida em que agrupam, cada uma delas, aspetos diferentes inerentes ao potencial de desenvolvimento dos GB's no país. Contudo, as atribuições de cada entrevistado quanto a este potencial podem ser múltiplas, pelo que o mesmo entrevistado pode tecer considerações quanto à necessidade de divulgação e conceber ser necessário uma maior valorização curricular dos GB's, no âmbito da formação médica, mas também decisões centrais que permitam igualmente aos médicos já

graduados mais facilmente acederem à participação nestes Grupos. Assim, as unidades de análise codificadas em cada uma das subcategorias são mutuamente exclusivas. No entanto, o resultado inerente a cada entrevista não, pelo que o mesmo entrevistado pode produzir material codificado em diferentes subcategorias.

A relevância desta categoria está diretamente relacionada com a resposta à sub-questão de investigação 3.5 (qual o enquadramento institucional dos GB's) que concorre para a resposta à questão de investigação 3 (qual o funcionamento dos GB's).

Na Tabela 4.11, pode-se observar uma descrição sistematizada da categoria (8) e das subcategorias que lhe são intrínsecas, complementada por exemplos de referências codificadas em cada uma delas.

Tabela 4.11

Categoria (8) – enquadramento institucional dos GB's

(Código)	Título abreviado (fontes/unidades de análise)	Definição	Exemplo
(8)	Enquadramento Institucional dos GB (23/90)	Informações relativas a formas de divulgação e disseminação e desenvolvimento dos GB's em Portugal.	“Ainda na quarta-feira estava lá um <i>workshopper</i> que veio assistir uma vez. Vai ser médico de família, vai entrar na especialidade em breve, e espero que leve o bicho do <i>Balint</i> para o norte. Percebe? Pronto, nós temos que cultivar também um bocadinho isto. Com os nossos internos...”

(Continuação)

(Código)	Título abreviado (fontes/unidades de análise)	Definição	Exemplo
(8.1)	Valorização Curricular (18/39)	Valorização dos GB's nos currículos da formação médica como forma de disseminação dos Grupos.	“Mas ao nível da formação pré graduada, pelo menos na formação da clinica geral, no departamento de clinica geral de cada universidade, acho que seria o sítio indicado para se começar a falar deste tipo de Grupos.”
(8.2)	Divulgação (11/31)	Necessidades e formas de divulgação.	“Eu nunca tinha conhecido até vir para o USF AB, nunca tinha conhecido ninguém que frequentasse ou tivesse frequentado no passado.”
(8.3)	Decisão Central (7/20)	Apoio e decisões de decisores formais como facilitadores da disseminação dos GB's.	“para existirem é preciso uma vontade central, que como sempre precisa de liderança. É preciso escolher o tempo. Para os médicos é realmente um drama que e consigam disponibilizar duas horas por mês, por exemplo. Isto é realmente dramático.”

Resultados e Discussão

Ao contrário dos estudos baseados em abordagens quantitativas, pelas características da abordagem qualitativa, que implicam uma descrição pormenorizada de todos os procedimentos de codificação, o limite entre a apresentação dos resultados e a discussão dos mesmos é ténue. De facto, a apresentação dos dados, ou seja, a descrição do sistema de categorias é em si mesma produto de um processo de análise. Assim, e apesar de os resultados serem num primeiro nível já expostos pela descrição do sistema de categorias, que apresentámos anteriormente, passamos agora a um nível mais elaborado da sua análise com a estruturação das respostas às questões de investigação, que já foram anteriormente descritas no decorrer do presente trabalho.

5. Análise das Questões de Investigação

5.1 Resposta à questão de investigação 1

A primeira questão da presente investigação foi definida do seguinte modo:

- Quais os conceitos de GB's na perspetiva dos seus membros (participantes e facilitadores)?

Através dos resultados obtidos, e como já referimos no decorrer da descrição do sistema de categorias, verificámos a existência de participantes com uma conceção única, em que um único conceito definia os GB's (13/31) e outros com um conceito múltiplo (18/31) isto é, em que vários aspetos dos GB's são apresentados sendo por isso uma conceção mais complexa, com múltiplos componentes, conforme Tabela 5.1.

Tabela 5.1

Conceções de grupos Balint por participante

	Instrumento de Aprendizagem	Grupos Psicoterapêuticos	Grupos de Apoio inter-pares	Grupo Tarefa
e1	0	0	0	1
e2	0	1	1	0
e3	1	1	0	0
e4	1	0	1	1
e5	0	1	1	1
e6	0	0	1	0
e7	1	1	0	0
e8	0	1	1	0
e9	0	0	0	1
e10	0	0	1	0
e11	0	1	1	0
e12	1	1	0	1
e13	0	0	1	1
e14	0	0	1	0
e15	0	1	0	0
e16	0	0	1	0
e17	0	1	1	1
e18	1	0	0	1
e19	0	0	1	1
e20	0	1	1	1
e21	1	0	1	0
e22	1	1	0	0
e23	1	0	1	0
e24	0	1	0	0
e25	0	0	1	0
e26	0	0	0	1
e27	0	0	1	0
e28	0	1	0	0
e29	0	1	1	0
e30	1	0	1	0
e31	0	0	1	0

Nota: e = entrevistado

Fundamentalmente, o que distingue as diferentes concepções associadas às 4 subcategorias encontradas (Grupo de Apoio inter-pares, Grupo Psicoterapêutico, Grupo Tarefa e Grupo enquanto Instrumento de aprendizagem) são os aspetos que os

participantes salientam do Grupo e a forma como descrevem o que julgam ser o foco dos GB's.

Enquanto Grupo de Apoio inter-pares o GB é definido como um espaço de interação entre pares, que encontra eco nas palavras de Kjeldmand et al (2013) que afirmam que os GB's "proporcionam um sentimento de comunidade e de experiência partilhada (p.115)" onde o foco do trabalho desenvolvido são as emoções do médico. A conceção encontrada é consonante com a definição de Addison dos GB's como "uma comunidade de experiência partilhada, cujos membros usam métodos hermenêuticos para se ajudarem uns aos outros na prossecução de um trabalho tão importante como o de cuidarem de si mantendo-se ligados aos seus doentes" (como referido em Salinsky & Sackin, 2004, p. 32)

Vejamos exemplos das respostas de alguns entrevistados:

é um grupo de interajuda em que colegas falam de experiências que não são clínicas, mas que são emocionais, não é? Com os utentes. Um grupo de interajuda para tentar ajudar-nos a não andar tão frustrados com o nosso dia-a-dia. Não é com o dia-a-dia, mas com certos utentes. Com alguns utentes que não percebemos bem o que é que querem de nós, ou porque nos fazem despertar determinadas emoções, ou porque começamos logo a bufar quando os vemos na lista, não é? É isso. É um grupo de interajuda. (e10)

Eu diria que era um grupo de entreaajuda, em que colegas da mesma área de trabalho se ajudam a... a gerir e a conseguir solucionar determinadas situações que são difíceis e que às vezes sozinhos nós não conseguimos resolver. E quando temos esta ajuda conseguimos ver as coisas de outro ponto de vista e gerir as coisas de outra

forma. (e13)

Os entrevistados que definem o GB como Psicoterapêutico (14/31 independentemente de possuírem uma concepção única ou múltipla), salientam as mudanças pessoais que ocorrem nos médicos participantes, e a relação vivenciada no GB, como uma relação de ajuda. Importa notar que a psicoterapia foi um conceito sempre presente desde a gênese dos GB's, na medida em que Michael Balint tinha como objetivo ensinar psicoterapia aos médicos de clínica geral, para que a pudessem usar na relação com os seus doentes, e simultaneamente, através da frequência dos GB's, operar mudanças significativas na pessoa do médico, que se repercutiriam no seu desempenho (Balint, 1957/1998; Brandão, 2007; Salinsky, 2007). No entanto, a concepção de GB's que aqui referimos, baseada nas referências dos entrevistados, não parece aproximar-se desta concepção inicial sobre os objetivos dos GB's. A concepção presente nos nossos entrevistados é uma perspectiva evoluída sobre os GB's, fruto de um processo de reavaliação do próprio fundador, em que assume que as mudanças limitadas, embora consideráveis, nos médicos, seriam desejáveis mas difíceis, e o objetivo dos GB's não deveria centrar-se na obrigatoriedade de estas acontecerem, já que os médicos têm diferentes personalidades que influenciam inexoravelmente as suas abordagens terapêuticas (Balint, 1957/1998; Salinsky, 2007).

Os entrevistados que fazem referência à componente psicoterapêutica dos GB's (e independentemente de possuírem uma concepção única ou múltipla destes), não descrevem os GB's como uma oportunidade de aprender abordagens ou métodos psicoterapêuticos, para aplicarem com os doentes, como podemos observar nos exemplos das respostas dos entrevistados que apresentamos:

Eu acho que também tem uma componente psicoterapêutica. Quando a gente vem aqui carpir uma mágoa, e pede ajuda aos outros para lhe ajudarem a viver aquilo é porquê? É porque não estou bem. (e12)

Porque nós não é a identificação só do problema do utente, do relacionamento... nós temos tudo inerente da nossa forma de ser, portanto aquilo tem de ser psicoterapêutico para nós também. (e15)

A componente psicoterapêutica que os entrevistados atribuem aos GB's parece antes estar associada a uma mudança no médico como decorrente da participação nestes Grupos, o que parece remeter para o conceito de mudança limitada embora considerável na personalidade do médico de Michael Balint (1957/1998). O GB é entendido como local onde mantêm com os colegas relações de ajuda. Ou seja, a relação que descrevem como psicoterapêutica é a relação que se estabelece no GB e da qual decorrem mudanças nos médicos.

No que concerne à conceção do GB, enquanto Grupo Tarefa, o que define o Grupo é o facto de o trabalho desenvolvido centrar-se na relação entre o médico e o doente, tal como refere Brandão (2007), mas diferindo deste mesmo autor, no sentido em que, enquanto este autor defende que para o desenvolvimento da tarefa o Grupo deve promover a interação especulativa no âmbito das suas sessões, segundo a conceção como Grupo Tarefa que encontramos nos nossos entrevistados, existe uma preocupação em chegar a um consenso, que as sessões decorram no sentido de o Grupo ser capaz de proceder a um processo de tomada de decisão conjunto quanto à melhor forma de agir numa determinada situação, ou com um determinado perfil de doente. Ao contrário de Salinsky e Sackin (2004), que desenvolveram GB's onde os sentimentos dos médicos

participantes eram explorados ainda em maior profundidade do que é habitual, com vista à identificação de mecanismos de defesa dos médicos com impacto na consulta, o Grupo Tarefa pretende potenciar a gestão de emoções de forma a atingir os aspetos cognitivos que permitem compreender a relação entre médico e doente, torná-la mais eficaz através de conhecimentos e orientações práticas aprendidas no âmbito da participação no GB. Segundo esta conceção, as emoções que ocorrem na consulta são analisadas nos GB's, para que possam ser feitas determinadas generalizações racionais que permitam aos médicos levar dos GB's soluções práticas para situações com que se deparam nas consultas.

Esta é a conceção que mais nos parece difícil distinguir de outros grupos de reflexão profissional. Contudo, Jablonski (2003) na sua definição de GB's considera que um elemento distintivo destes Grupos relativamente a outros processos de desenvolvimento profissional contínuo como a supervisão, a terapia de grupo, ou outros grupos educacionais, é o facto de nos GB's existir um profissional com a função de facilitar o trabalho dos médicos no grupo – o líder ou facilitador. Este, ao contrário do que acontece em outros processos de desenvolvimento profissional, não tem qualquer responsabilidade sobre o tratamento dos doentes, sendo esta totalmente dos médicos que participam nos grupos.

Estes são alguns exemplos das respostas que encerram uma conceção do GB salientando a sua Tarefa:

Ou seja, para mim é muito interessante perceber se, caso a caso, nem sempre acontece, conseguimos funcionar ou não com a tomada de decisão em grupo, se naquela sessão funcionou, ou não, não é? (e1)

é uma tarefa centrada numa questão que é posta a partir da relação médico-doente ou profissional de saúde-doente, se quisermos assim alargar o âmbito. (e4)

Enquanto Instrumento de aprendizagem o foco do trabalho desenvolvido no seio dos GB é a aprendizagem sob a forma de aquisição de novos conhecimentos como também de treino de competências, em consonância com o que refere Brandão (2007) e Kjeldmand & Holmström (2010) que consideram que os GB's devem ser percebidos como meios de aprendizagem contínua que pretendem ser espaços de trabalho das dificuldades e escolhas com que o médico se depara no exercício da sua profissão, nomeadamente no que concerne à relação médico-doente.

São exemplos de respostas que encerram esta conceção:

São grupos em que a pessoa consegue reflectir sobre... a sua profissão (e7)

É realmente uma ferramenta de desenvolvimento contínuo mas não vale para toda a gente. (e22)

Ou seja no fundo os grupos Balint são um espaço que permite aprofundar conhecimento acerca da forma como estabelecer e manter a relação médico-doente e melhorar... (e23)

Considerando que, como já referimos, foram identificados entrevistados com conceções únicas e múltiplas do que são GB's, importa referir que dos 31 entrevistados, 13 mostram ter uma conceção que se traduz apenas numa das anteriormente enunciadas e a que corresponde uma subcategoria, sendo que cerca de metade destes conceptualizam os GB's como um Grupo de Apoio interpares (6/13), salientando a importância do GB ser vivido entre colegas de profissão e sentido como um lugar

seguro, onde se procura a confirmação do desempenho e onde é possível obter a aceitação dos colegas, mesmo nas situações que o médico sente que poderiam ter corrido melhor. Esta é de resto uma preocupação constante associada aos GB's, já que independentemente de quem são os destinatários dos Grupos (estudantes de medicina, médicos e estudantes, facilitadores ou outros profissionais) é comumente aceite como princípio básico dos GB's, a segurança (garantia de conforto e confidencialidade) que a eles deve estar sempre associada, como já tivemos oportunidade de referir na primeira parte do presente trabalho (Jablonski, 2010; Jablonski et al, 2013; Kjeldam, 2006; Kjeldam & Glaser, 2007; Nease, 2007; Tizón, 2005).

Dos entrevistados que apresentam uma conceção única, (4/13) percebem os GB's, enquanto Grupos Psicoterapêuticos, numa definição que parece ter semelhanças com uma conceção do seu fundador (Balint, 1957/1998; Balint & Norell, 1973/1998), como já referimos. Ainda no que concerne a conceções únicas, (3/13) dos entrevistados revelam considerar os GB's exclusivamente como Grupos Tarefa, muito centrados na busca por orientações e soluções práticas para as relações mais complicadas com os doentes, sendo que importa referir que destes 3 entrevistados, 2 são facilitadores, aspeto que retomaremos quando abordarmos a resposta à questão 3 e mais especificamente a resposta à questão 3.1 que remete para as funções dos facilitadores.

Há que salientar, e contribuindo para a resposta à nossa primeira questão de investigação, que a maioria dos entrevistados detém uma conceção múltipla do que são GB's. Ninguém percebe os GB's, apenas como Instrumentos de aprendizagem, contudo, esta é uma conceção que surge na análise das entrevistas, já que 8 indivíduos descrevem simultaneamente como Instrumento de aprendizagem, portanto um espaço de desenvolvimento de competências utilizadas no âmbito do desempenho com os doentes,

mas também como uma ou mais das restantes 3 concepções identificadas. Quanto à descrição da distribuição dos entrevistados consoante as diferentes concepções de GB's identificadas, importa ainda notar que, dos (18/31) entrevistados que apresentaram uma concepção múltipla, ou seja, uma definição mais complexa do que são GB's, nenhum apresenta uma concepção resultante das 4.

Em suma, constatamos a existência de uma diversidade de concepções, umas mais simples, outras mais complexas, o que é sintónico com a diversidade de aspetos dos GB's salientados na literatura publicada onde, embora não definam os GB's de formas muito distintas ou antagónicas, valorizam um ou outro aspeto intrínseco aos Grupos. Comparar as concepções de GB's que encontramos ou outras, com concepções descritas na literatura é contudo difícil, por não se conhecerem investigações empíricas que tal como o presente estudo, tenham por objetivo caracterizar os GB's, a forma como são definidos, ou qualquer meta – análise sobre o tema. Porém os resultados obtidos parecem em consonância com as perspetivas encontradas de forma fragmentada na literatura, na medida em que é comum a todas as concepções dos nossos entrevistados a ideia que os GB's são espaços que potenciam a possibilidade de os médicos realizarem melhores consultas desejadas por médicos mas também pelos doentes, como referem vários autores (Salinsky & Sackin, 2004; Jablonski, 2003).

Esta é a componente aglutinadora das diferentes formas de descrever os GB's, desde a sua génese (Balint, 1957/1998), apesar de autores como Salinsky (2007) assumirem que a experiência de pertencer a um GB, e os objetivos dos facilitadores têm mudado, o que indica que os GB's têm sofrido mudanças. Parece-nos plausível que essas mudanças se traduziram na diversidade de concepções, muitas delas complexas, do que são os GB's para os seus membros. A diversidade de entendimento sobre o que são

GB's, apesar de não estar explicitamente estudada, pode decorrer destas mudanças, nomeadamente se pensarmos que hoje existem, como referimos na revisão da literatura intrínseca ao presente trabalho, grupos de outros profissionais (que não médicos) e grupos que se assumem como “tipo Balint” (Alder, 2003; Bryant, 2007; Drees, 2003; Seixas, 2007, Sternlieb, 2011). Além disso, autores como Salinsky (2007) questionam-se até que ponto os GB's devem continuar exclusivamente focados na relação médico-doente, ou podem interessar-se em tudo o que pressiona os médicos e é passível de lhes causar dificuldades (com formandos e tutores, e o sistema de saúde como um todo) e que, assumimos nós, se repercutirão também na relação com os doentes.

Kjeldmand et al. (2013) afirmam que as intervenções com base em discussões de casos em pequenos grupos, embora com diferentes objetivos e enquadramentos teóricos, parecem ter muito em comum. Os autores questionam até que ponto os diferentes métodos não têm o mesmo potencial para promover desenvolvimento pessoal e profissional. Diferentes GB's, podendo ser diferentes, partilham, ainda assim, um mesmo enquadramento teórico. Mas isso não nos parece obstar a que membros do mesmo GB ou de diferentes GB's possam ter conceções diferentes acerca destes, conforme indicam os nossos resultados.

Mediante estas diferentes definições do que são GB's, e sendo nosso objetivo caracterizar estes Grupos em Portugal, parece-nos importante analisar em que medida estas diferentes conceções distinguem os participantes (entrevistados) (1) quanto ao que os motiva para se envolverem em GB's, e (2) quanto aos impactos percebidos deste envolvimento. Mais à frente retomaremos estas questões quando descrevermos os resultados que respondem às questões de investigação 2 e 4 respetivamente.

5.2 Resposta à questão de investigação 2

A segunda questão de investigação do presente estudo foi definida nos seguintes termos:

Quais as motivações envolvidas nos GB's?

Não tendo conhecimento sobre nenhum estudo empírico que aborde explicitamente a motivação e os GB's, abordamos neste trabalho, como tivemos oportunidade de referir no decorrer da apresentação do sistema de categorias, a motivação e o envolvimento em GB's, na ótica dos entrevistados (membros de GB's), procurando distinguir (a) as razões que conduzem à participação em GB's, (b) as razões atribuídas ao abandono de alguns elementos destes Grupos e ainda (c) as razões subjacentes ao facto de não existirem mais médicos integrados em GB's (motivação para a não integração).

Quanto à motivação para a participação, 19 dos 26 entrevistados em que foi possível identificar claramente uma ou mais motivações, reconheceram a aprendizagem e a influência consequente no seu desempenho como razão para integrarem GB's (ver Tabela 5.2). Estes Grupos serem fontes de prazer foi o motivo apresentado por 14/26 entrevistados e a pertença a um Grupo de pares assumida como razão para a participação de 13/26 dos participantes. Surgiram ainda como razões para a participação nos grupos, a importância curricular que esta participação pode assumir (7/26) e a atitude e o desempenho do facilitador (3/26).

Tabela 5.2

Motivação para a participação

	Pertença a um grupo de pares	Importância Curricular	Fonte de prazer	Atitude e desempenho do facilitador	Aprendizagem e influência no desempenho
e1	0	0	1	0	0
e2	1	0	1	0	1
e3	1	0	0	0	1
e4	0	1	0	0	1
e5	0	0	0	0	0
e6	0	0	0	0	0
e7	1	1	0	0	1
e8	1	1	1	0	1
e9	1	1	0	0	1
e10	0	0	0	0	0
e11	0	0	0	1	1
e12	0	0	1	0	1
e13	0	0	1	0	1
e14	1	0	1	0	1
e15	1	0	1	0	0
e16	0	0	1	1	0
e17	1	0	0	0	1
e18	0	0	1	0	0
e19	0	0	1	0	1
e20	0	0	1	0	1
e21	1	0	1	0	0
e22	0	0	0	0	0
e23	1	1	0	0	1
e24	0	0	0	0	1
e25	1	0	0	0	1
e26	1	1	1	0	1
e27	0	0	0	0	0
e28	0	1	0	0	0
e29	1	0	1	0	0
e30	0	0	0	1	1
e31	0	0	0	0	1

Nota: e = entrevistado

Relativamente à distribuição dos membros dos GB's, pelas motivações para a participação identificadas, importa referir que todos os entrevistados com responsabilidade na facilitação dos GB's (facilitadores e co-facilitadores), à exceção de

um (5/6), assumiram como motivação (mesmo que não exclusivamente) a aprendizagem e a influência decorrente desta no seu desempenho (Tabela 5.3).

Tabela 5.3

Motivação para a participação dos facilitadores

	Aprendizagem e influência no desempenho	Atitude e desempenho do facilitador	Fonte de prazer	Importância Curricular	Pertença a um grupo de pares
e1	0	0	1	0	0
e2	1	0	1	0	1
e3	1	0	0	0	1
e4	1	0	0	1	0
e8	1	0	1	1	1
e9	1	0	0	1	1

Nota: e = entrevistado

Mediante esta constatação procedemos a uma análise deste caso que foi considerado um caso negativo do padrão observado nos restantes. A fundamentação para esta situação considerada de exceção, está no facto de este ser simultaneamente o único entrevistado que, apesar de incluído nos GB's, não exerce a prática médica (a sua área de formação base não é a Medicina), pelo que não se justificaria apresentar como motivação a aprendizagem adquirida nos GB's e a sua influência no desempenho médico.

No que concerne à importância curricular como mote para a participação em GB's, retomamos agora o facto (que havíamos identificado na descrição do sistema de categorias subjacente ao presente trabalho) de a maioria dos entrevistados que referiu este aspeto como motivo para a participação (6/7) fazerem-no relativamente ao que consideram ser as motivações dos outros. Apenas 1/7 refere a importância curricular

como uma motivação para a sua participação. Este é um dado relevante, na medida em que, apesar de não constar no guião da entrevista nenhuma questão direta sobre as motivações para a participação dos participantes, esta era uma temática que se esperava encontrar nas respostas (como veio acontecer), mas no que concerne às próprias motivações dos entrevistados. Era expectável, como aconteceu com os outros motivos indicados, que os entrevistados se resumissem a fazer referência às razões para a sua participação e não às razões que consideram que levam os outros a integrar os GB's.

Este resultado salienta-se por ser inesperado encontrar informações sobre a perceção dos entrevistados quanto aos motivos que levam os outros membros dos Grupos a participarem nos GB's. É ainda mais relevante pelo facto de este motivo em específico não ser assumido pelos próprios (à exceção de 1) como motivo para a sua participação. Acreditamos que possa contribuir para esta ocorrência, o facto de efetivamente esta ser uma das razões que leva à participação dos médicos nos GB's. Iremos justificar a nossa interpretação. Seria fácil supor que os entrevistados apenas apontavam a importância curricular como uma motivação de outros elementos do GB (e não sua), por desejabilidade social, ou seja, receio de a resposta não ser bem vista pela entrevistadora se esta razão fosse assumida como sua. Porém parece-nos não ser esta a explicação. Como já referimos estas respostas (referindo a motivação dos outros) não decorreram de nenhuma questão específica e foram ocorrendo por iniciativa do entrevistado, no âmbito das suas respostas a diversas questões da entrevista. As entrevistas decorreram de forma muito tranquila e a única questão que percebemos que poderia ter levantado as defesas dos entrevistados (e eventualmente ter tido alguma influência nas respostas) foi a questão 6, como já explicámos na descrição relativa à realização das entrevistas. Assim, a explicação para este facto parece ser interpretável

como uma transformação das motivações, decorrente da participação em GB's. Ou seja, 6 entrevistados referem esta motivação, e identificam-na como sendo de outros, porque eventualmente esta terá sido uma das suas motivações no início, reconhecendo-a, portanto, nos outros. E isto porque neles essa motivação não estará mais presente no momento atual.

Para confirmarmos esta ideia, procedemos a uma matriz que nos permitiu analisar o tempo de frequência em GB's dos indivíduos que identificaram a importância curricular como um motivo para que outros participassem nos grupos (Tabela 5.4), e apurámos também o tempo de frequência nos GB's, do participante que identificou a importância curricular como uma motivação sua, para a participação.

Tabela 5.4

Importância curricular e tempo de frequência em GB's

	Menos de 1 ano	De 1 a 3 anos	De 3 a 10 anos	Mais de 10 anos
e4	0	0	0	1
e7	0	0	1	0
e3	0	0	0	1
e9	0	0	0	1
e23	0	1	0	0
e26	1	0	0	0
e28	0	1	0	0

Concluimos que 3/6 dos participantes que identificaram esta como uma motivação de outros membros têm mais de 10 anos de experiência enquanto que, o entrevistado que assume a importância curricular como uma motivação sua, é o único destes 7 participantes que tem menos de um ano de participação. Isto reforça a ideia que

a importância curricular se assume, inicialmente, como uma motivação para a integração em GB's. Todavia, com o decorrer do tempo de participação deixa de ser relevante, o que indica que as motivações para a participação dos médicos nos GB's podem transformar-se com o decorrer do tempo de integração nestes grupos. Parece assim fundamentado formular a seguinte proposição:

P1 – A motivação para a participação em GB's é evolutiva, sofrendo transformações ao longo do tempo de participação nos mesmos.

Uma das outras razões apontadas pelos entrevistados (3/26) como motivo para a participação em GB's, foi a atitude e desempenho do facilitador (ver Tabela 5.2) como podemos constatar através dos exemplos seguintes:

eu tenho a sorte de ter uma facilitadora como ela. E é também um dos motivos que me prende lá e que eu adoro lá andar. É uma coisa particular, mas é verdade.(e11)

Eu já conhecia a Dra. P há muitos anos de umas, de uns, de uns cursos que houve de atualização em conflitos interpessoais e isso e gostei sempre muito da atitude dela. (e16)

Ao analisarmos estes resultados percebemos que a credibilidade e confiança gerada pelo facilitador aumenta a motivação para a participação e para a integração nos GB's. Retomaremos esta ideia, quando apresentarmos a resposta à próxima questão de investigação (3 – qual o funcionamento dos GB's). Nomeadamente através dos resultados que servem de base à sub-questão de investigação 3.5 (qual o enquadramento institucional dos GB'S) na medida em que estes resultados contribuirão para o conhecimento das percepções que os entrevistados têm quanto às necessidades e formas

de divulgação dos GB's, o que permitirá acrescentar conhecimento sobre as razões que acreditam estar associadas ao ingresso e participação nos GB's.

Apesar de, como referimos no início da nossa resposta à segunda questão de investigação, não termos conhecimento de qualquer trabalho empírico que relacione a motivação com o envolvimento em GB's, Salinsky (2007) levanta, na sua comunicação no 15º Congresso Internacional Balint, um conjunto de questões sobre isso. Este autor fez então algumas observações, (como referimos no segundo capítulo do presente trabalho) acerca daquilo que pretendem dos GB's os médicos que neles participam (nomeadamente os médicos mais jovens, aqueles que ainda se encontram num período de graduação, e os médicos considerados veteranos). A análise dos resultados que obtivemos, quanto à motivação para a participação, parecem contribuir para responder a essas questões. Nomeadamente, se observarmos os resultados obtidos quanto à motivação para a participação (onde excluímos o único entrevistado que não é médico) considerando os médicos especialistas, portanto assistentes especialistas e assistentes graduados e conseqüentemente médicos mais experientes (médicos que consideramos veteranos segundo a designação dada por Salinsky) comparativamente com os médicos internos (mais jovens) e comparativamente inexperientes, conforme consta na Tabela 5.5.

Assim, procedeu-se inicialmente à análise dos motivos apontados pelos (11/30) entrevistados que frequentavam o internato de especialidade médica (médicos internos da especialidade de medicina geral e familiar (8/11) e da especialidade de psiquiatria de adultos (3/11)) (ver Tabela 5.5).

Posteriormente analisamos os resultados obtidos quanto às motivações referidas pelos (19/30) médicos especialistas ((17/19) especialistas em medicina geral e familiar e (2/19) especialistas em psiquiatria), conforme consta também na Tabela 5.5. E finalmente procedemos a uma análise dos resultados obtidos em ambos os grupos de participantes (médicos veteranos e internos) enquanto possíveis respostas às questões de Salinsky (2007).

Quanto às motivações para a participação apontadas pelos médicos internos, não parece existir nenhuma diferença de destacar entre aqueles integrados na especialidade de MGF e os de Psiquiatria de adultos. A única diferença assinalável é o facto de nenhum dos médicos internos da especialidade de psiquiatria de adultos ter referido como motivação para a participação no GB a importância curricular. No entanto, dos 3 médicos internos da especialidade de medicina geral e familiar que referem este aspeto, apenas 1 (aquele que frequenta há menos tempo o GB – menos de um ano) assume a importância curricular como uma motivação para a sua participação. Por este facto não consideraremos aqui esta motivação (no que concerne à comparação entre motivos para a participação dos médicos especialistas e médicos internos). Este aspeto já foi aliás referido e analisado anteriormente, no presente trabalho, pelo que aqui atentaremos apenas nas restantes motivações para a participação referidas pelos entrevistados.

Mais de metade dos médicos internos entrevistados (6/11) assume ter mais do que uma motivação para a participação em GB's e (4/11) identificam apenas uma motivação. Excluindo o entrevistado que apenas referiu como motivação a importância curricular, pelos motivos que já explicámos, e analisando os restantes (3/4) entrevistados que apenas identificaram uma motivação para a participação, percebemos que (2/3) apresentam como motivação a aprendizagem e influência no desempenho e

apenas (1/3) refere como única motivação o facto de frequentar os GB's, por estes serem uma fonte de prazer. Importa referir que, nas 11 entrevistas realizadas a médicos internos, não foi possível numa delas, identificar claramente qualquer tipo de motivação.

Relativamente aos resultados obtidos quanto às motivações para a participação dos médicos internos, importa ainda notar dois aspetos relevantes: (1) o facto de mais de metade dos entrevistados (7/10) referirem como motivação para a participação a aprendizagem e a influência no desempenho; e (2) o facto de apenas (3/10) fazerem referência, enquanto motivação para a sua participação nos GB's, à pertença a um grupo de pares – e isto sempre simultaneamente com outra motivação (como podemos observar na Tabela 5.5).

Tabela 5.5

Motivação para a participação de médicos especialistas e internos

	Pertença a um grupo de pares	Importância Curricular	Fonte de prazer	Atitude e desempenho do facilitador	Aprendizagem e influência no desempenho
Especialistas assistentes e assistentes graduados	10	4	8	2	12
Internos	3	3	5	1	7

No que concerne à análise das motivações para a participação nos GB's, identificadas por médicos especialistas também não se encontra qualquer diferença assinalável entre especialistas de medicina geral e familiar e psiquiatria. É de assinalar que não foi possível identificar claramente qualquer motivação específica em 4 dos 19

médicos especialistas entrevistados. Numa análise global às motivações destes médicos, percebemos que apresentam todos um conjunto de motivações para a participação nos grupos, revelando por isso motivações mais abrangentes, na medida em que, ao contrário dos médicos internos, nenhum apresentou apenas uma única motivação.

Uma maioria muito significativa (12/15) dos entrevistados apresenta como motivação para a participação, a aprendizagem e influência no desempenho, e (10/15) apresentam a pertença a um grupo de pares como razão para participarem em GB's. Mais de metade (8/15) refere o GB enquanto fonte de prazer, o que motiva para a participação.

Considerando Salinsky (2007), e no que concerne aos médicos especialistas, os resultados deste trabalho parecem ser confirmatórios das observações do autor. Os médicos frequentam os GB's porque estão motivados para aprender, nomeadamente melhorar a compreensão sobre o doente e a gestão das emoções que surgem na consulta, e acreditam que essa aprendizagem tem influência no seu desempenho. Contudo, ao contrário do que é referido por Salinsky (2007), a vontade de aprender não parece resumir-se à ótica do “porquê que ele me está a fazer isto?” (Salinsky, 2007, p. 12) como percebemos no exemplo que se segue:

Portanto penso que os Grupos Balint são um dos poucos settings onde o médico pode deixar-se caminhar ao ponto de aceitar que não é... o máximo (e8)

Conforme Salinsky (2007) descreve, a aprendizagem como motivo para a participação, parece estar também associada, nestes médicos, à vontade de falarem de uma “medicina mais pessoal “ como fica explícito no exemplo seguinte:

conseguir encontrar no relacionamento com os doentes, outras motivações que não só o tratar uma determinada situação de carácter mais físico ou que se processasse do ponto de vista mais físico e dar-lhe só uma resposta também limitada a essa, ou na busca de um diagnóstico a partir de sintomas, muitas vezes que não correspondia portanto a uma doença física ou então ficar ali empatado, encalhado entre não se encontra uma doença física mas o doente continua a sofrer e então ficar sem possibilidades de resposta. (e4)

Também em conformidade com o sugerido por Salinsky (2007) os médicos especialistas que entrevistámos revelam a importância de poderem usufruir de um espaço onde são ouvidos e especificamente onde são ouvidos por pares, por isso dois terços dos entrevistados (10/15) referem como motivação para a sua participação a pertença a um grupo de pares. Já no que concerne aos médicos internos e ao contrário do que o autor refere, os resultados obtidos revelam que estes médicos mais jovens não procuram participar nos GB's apenas por quererem saber o que outros médicos fariam (Salinsky, 2007). De acordo com os nossos resultados, a pertença a um grupo de pares não é um aspeto muito valorizado (3/10) enquanto motivação para a participação, por aqueles que frequentam o internato da especialidade médica.

Estes resultados talvez se justifiquem pelo facto de as interações que os médicos internos mantêm com os doentes serem ainda muito acompanhadas por médicos mais experientes. Assim, os médicos internos podem ainda não sentir o isolamento e a responsabilidade que os médicos especialistas vivem e por isso mais facilmente procurarem os GB's com vista à aprendizagem e a influência no desempenho e não por sentirem necessidade de pertença a um grupo de pares, onde possam partilhar os seus

casos (a maioria dos seus casos são habitualmente partilhados com os orientadores). Acresce ainda o facto de os médicos que frequentam o internato da especialidade se encontram num período em que estão naturalmente muito permeáveis a novas aprendizagens num momento fulcral para o desenvolvimento do seu eu profissional.

Porque eu acho que também é preciso ter alguma humildade porque é preciso reconhecer que quando há uma coisa que não corre bem na consulta não é culpa do doente só. É de parte a parte. E se nós não soubermos reconhecer isto nunca vamos chegar ao passo seguinte, que é ‘vamos procurar soluções’, não é? ‘Vamos procurar trabalhar isto’. E o Balint é um instrumento para trabalhar estas coisas. Agora, é preciso reconhecer que necessita-se, não é? Acho eu. E o problema às vezes está aí, não é? Mas que é um instrumento excelente e que para mim é muito importante. (e20)

Já os médicos especialistas, apesar de também referirem como motivação a aprendizagem e a influência no desempenho, revelam que o facto de os GB's possibilitarem a pertença a um grupo de pares é uma razão considerada fundamental para a sua participação nestes. Talvez devido à necessidade de possuírem um espaço onde possam lidar com as suas angústias – e de se verem confirmados nas suas ações –, nomeadamente com os doentes mais problemáticos conforme sugere Salinsky (2007). Reforçamos essa explicação com exemplo que se segue. Estes médicos, apesar de mais experiência, são também responsáveis (tantas vezes solitários) por um conjunto vasto e diferenciado de doentes.

Agora, o resto, acho que é espetacular aquele grupo. Os outros grupos provavelmente serão iguais. Não sei. Não faço ideia. Nós já estamos há muito ano,

porque começou de uma maneira diferente do que os grupos tradicionais ao Balint, mas acho que continuo a gostar de lá ir. A pessoa vem um bocadinho mais... confortável, porque... Eh pá, não sou só eu que sofro de pouco tempo, ou de ter feito isto ou aquilo, digamos mal feito, ou que me senti mal numa outra ocasião, que não foi para ali chamada, mas que o colega teve um assunto muito semelhante àquele. E portanto digo assim, eu não sou sozinha. (e14)

Retomamos agora a questão deixada em aberto na resposta à questão nº 1 (relativa aos conceitos de GB) sobre em que medida diferentes concepções de GB's distinguem os participantes (entrevistados) quanto ao que os motiva a envolverem-se nestes grupos. Apresentadas e analisadas as diferentes concepções e as diferentes motivações para a participação encontradas como resultado deste trabalho, consideramos pertinente apresentar uma segunda proposição teórica:

P2 – Os diferentes conceitos de GB's não diferenciam os participantes quanto às motivações subjacentes à sua participação.

Concorre para esta proposição o facto de a matriz de cruzamento dos resultados relativos à motivação para a participação com os resultados obtidos na codificação das referências dos entrevistados face às suas concepções de GB's, mostrar resultados dispersos, como se observa na Tabela 5.6. Isto levou ainda a que se equacionasse que esta dispersão poderia ser originada pelas concepções múltiplas de 18/31 dos entrevistados. Contudo, após realização de uma segunda matriz (ver Tabela 5.7) cruzando os dados referentes às diferentes motivações para a participação, com as diferentes concepções de GB's (mas restringindo a pesquisa apenas às concepções únicas, deixando assim de fora as concepções múltiplas que poderiam estar na base da dispersão

de dados obtida), voltou a verificar-se uma dispersão de motivações face às diferentes concepções dos entrevistados.

Tabela 5.6

Motivações para a participação e definição

	Pertença a um grupo de pares	Importância Curricular	Fonte de prazer	Atitude e desempenho do facilitador	Aprendizagem e influência no desempenho
Instrumento de desenvolvimento profissional	4	3	3	1	6
Grupos Psicoterapêuticos	7	3	6	1	9
Grupos de apoio inter-pares	8	3	9	3	13
Grupo Tarefa	3	3	7	0	8

Tabela 5.7

Motivações para a participação nos casos de concepção única.

	Pertença a um grupo de pares	Importância Curricular	Fonte de prazer	Atitude e desempenho do facilitador	Aprendizagem e influência no desempenho
Instrumento de desenvolvimento profissional	0	0	0	0	0
Grupos Psicoterapêuticos	1	1	1	0	1
Grupos de apoio inter-pares	2	0	2	1	3
Grupo Tarefa	2	2	2	0	2

No que concerne à motivação para a participação será ainda interessante verificar em que medida se relacionam as diferentes motivações encontradas com os

impactos dos GB's, pelo que voltaremos a esta questão mais à frente neste trabalho (resposta à questão de investigação 4).

Como já referimos, no presente trabalho analisamos não só as motivações quanto à participação nos GB's, como procurámos também identificar as razões que os membros dos Grupos (facilitadores e participantes) atribuem às desistências de alguns colegas que com eles partilhavam os Grupos.

Michael Balint foi o primeiro a enfrentar as desistências dos participantes dos Grupos pelo que, juntamente com a sua equipa, procedeu a uma classificação sistemática do tipo de médicos que os abandonavam (Balint et al, 1966), o que permitiu o desenvolvimento e utilização da entrevista mútua de seleção. Esta veio a revelar-se um instrumento eficaz na redução do número de desistências dos participantes que frequentavam os GB's há menos de um ano, como descrevemos no segundo capítulo do presente trabalho. Relativamente a este sistema de classificação consideramos pertinente fazer alguns paralelismos com os resultados da presente investigação, visto não conhecermos nenhum outro trabalho que de forma tão exaustiva aborde o abandono dos GB's, por parte de alguns participantes, apesar de autores como Kjeldmand & Holmström (2010) e Kjeldmand et al. (2013) referirem a necessidade atual de a investigação sobre GB's refletir sobre o impacto da frequência destes Grupos nos participantes e as eventuais consequências negativas da frequência em GB's que possam conduzir a desistências.

Os resultados obtidos no presente estudo (conforme tabela 5.8) permitem identificar 5 razões diferentes a que os médicos participantes nos GB's atribuem as

desistências de alguns colegas.

Tabela 5.8

Motivações para o abandono dos GB's

	Utilidade para a prática médica	Inexistentes	Indisponibilidade	Grau de maturidade	Ansiedade e Desconforto
e1	0	0	0	0	0
e2	0	0	1	0	1
e3	1	0	1	1	0
e4	0	0	1	1	1
e5	0	0	0	0	0
e6	0	0	1	0	1
e7	0	0	1	1	0
e8	0	0	0	0	1
e9	0	0	1	0	1
e10	0	0	1	0	0
e11	0	0	1	0	0
e12	0	0	1	1	0
e13	0	0	1	0	0
e14	0	0	1	0	1
e15	0	0	0	0	1
e16	0	1	0	0	0
e17	1	0	1	1	1
e18	0	1	0	0	0
e19	0	0	0	0	0
e20	0	1	0	0	0
e21	1	0	1	0	0
e22	1	0	1	0	0
e23	0	0	1	0	1
e24	0	0	1	0	1
e25	0	0	1	0	0
e26	0	1	0	0	0
e27	0	0	1	0	0
e28	0	0	1	0	0
e29	0	0	1	0	0
e30	0	1	1	0	0
e31	0	1	0	0	0

Nota: e = entrevistado

A indisponibilidade dos médicos para a participação (21/28) face a dificuldades

de gestão de tempo e outros constrangimentos que elencámos na descrição desta categoria (ver descrição do sistema de categorias) foi o motivo que mais entrevistados evidenciaram. Os motivos apontados parecem refletir o tipo de médicos que Balint et al. (1966) classificaram na categoria A1 em que, devido a limitações de tempo, os médicos revelavam-se pouco envolvidos nos Grupos e beneficiavam de impactos reduzidos advindos da sua participação. Estes resultados também encontram consonância com o que Kjeldmand & Holmström (2010) descrevem como dificuldades relacionadas com o contexto, referidas por facilitadores de GB's e que incluem a permanência limitada no local onde frequentam o GB por inerências profissionais e dificuldades de gestão do tempo por constrangimentos de agenda profissional. Isto parece ser influenciado pelas formas de organização dos serviços de saúde, como podemos verificar nos seguintes exemplos:

porque começam a ter mais responsabilidades nos centros de saúde, depois não têm disponibilidade... (e3)

Depois também houve a mudança de local. Também houve gente que abandonou porque mudamos de local da reunião. (e11)

A ansiedade e desconforto provocado por diferentes circunstâncias vividas no GB, como descrevemos anteriormente (ver descrição do sistema de categorias), foram referidas por um terço (10/28) dos entrevistados como razão para o abandono de alguns colegas. Estes resultados não reportam a existência de qualquer psicopatologia dos médicos que abandonam os Grupos, como no caso dos médicos integrados na categoria C1 de Balint por sofrerem de neuroses graves ou mesmo perturbações borderline. Eles parecem remeter não só para os médicos incluídos na categoria C4 (por serem médicos

para quem a mudança pode fazer aumentar exponencialmente os níveis de ansiedade), como principalmente para situações em que os médicos por características de vulnerabilidade pessoal ou contextual (decorrente de alguma disfuncionalidade do grupo) desistem da sua participação, em consonância com o sugerido por Kjeldmand e Holmström (2010). Os relatos seguintes, exemplificam esta análise:

E eu acho que a tal colega, uma delas, foi um pouco embora talvez porque achava que a opinião dela não contava ali para nada. Está a entender? (e14)

Se bem que houve uma pessoa que quando eu perguntei: “ah já não vais mais?”... Que respondeu assim um bocadinho mais brusca, assim mais frio, que eu penso que se chateou com alguma coisa, com alguma conversa no grupo, mas que também, acho ao mesmo tempo estranho, porque os facilitadores não permitem ali hipótese de discussão, de as pessoas se chatearem umas com as outras. (e23)

Outra das justificações apresentadas pelos entrevistados (5/28) para a desistência de elementos dos GB's advém do facto de acreditarem que alguns colegas, em determinado momento da sua participação, consideram ter atingido o grau de maturidade que a participação em GB's permitiria. Este é um resultado muito interessante que nos poderia fazer pensar na categoria C2 da classificação de Balint, onde incluiu os médicos a que chamou “médicos superiores”, por considerar que estariam mais interessados em apresentar e discutir os seus métodos do que em aprender algo de novo. Contudo, importa lembrar que esta classificação criada por Balint e pela sua equipa se refere a médicos que abandonam os grupos antes de cumprirem um ano de participação. Nos resultados que aqui apresentamos, nem sempre é possível avaliar o tempo de frequência dos médicos que desistiram e a quem os entrevistados se referem.

Contudo, parece-nos que as situações de abandono do GB por via da percepção do grau de maturidade atingido, se referem a médicos que participaram mais de um ano nos GB's e que, apesar de reconhecerem os Grupos como espaços de desenvolvimento, perceberam em determinada altura ter exercido todo o seu potencial, no âmbito daquele contexto. Portanto, o grau de maturidade como motivo para abandono dos GB's em nada parece relacionado com influências do ambiente vivido no grupo, ou constrangimentos contextuais. Parece antes um resultado que, não contrariando os resultados apresentados por Kjeldmand e Holmström (2010), vem complementá-los. Alcançar um determinado grau de maturidade implica aqui, atingir um determinado nível de desenvolvimento pessoal e esse pode ser também um motivo para o abandono da participação da frequência dos GB's. Assim, conclui-se que as desistências não estão apenas diretamente relacionadas com dificuldades ou disfunções, conforme se constata nos exemplos que apresentamos:

portanto ao fim de ano e meio provavelmente...também já não era importante ou já não era significativo...e quiseram acabar.(e3)

Eles abandonaram porque achavam que tinha terminado o tempo deles, pronto. E estiveram bastante tempo connosco. Aliás, primeiro esteve ela, depois ele veio com ela. Vieram internos com ela. E depois acabaram todos. Penso que chegou à maturidade. (e12)

Este resultado conduz a questões que continuam atuais e pertinentes no âmbito dos GB's (quanto tempo deve durar um GB; durante quanto tempo deve um médico frequentar GB's) e às quais voltaremos ao longo deste trabalho.

Dos 28 entrevistados que identificaram motivos para a desistência, (3/28) dizem que os médicos desistentes consideraram, em determinado momento, que a sua participação em GB's nada acrescentava de útil para a prática médica. Esse era o motivo para o abandono da participação no Grupo. Nestes casos, o facto de não atribuírem impacto positivo à participação em GB's não está relacionado com o nível de desenvolvimento pessoal atingido. O motivo subjacente aqui é o facto de para alguns médicos, este ser um método com o qual não se identificam pela ausência de uma instrução formal. Estes resultados parecem facilmente associar-se ao tipo de médicos que Balint et al. (1966) incluíam na categoria C3, que seriam médicos com resistência à mudança, para quem discussões muito objetivas eram fundamentais e o envolvimento psicológico difícil. São também consonantes com as referências dos facilitadores no estudo de Kjeldmand e Holmström (2010) sobre o facto do método Balint não satisfazer as necessidades de alguns médicos por ser obscuro e lento, devido à falta de mais regras e instruções específicas. Apresentamos alguns exemplos que clarificam o que acabámos de referir:

Em relação a esse primeiro grupo e a essas saídas, provavelmente o grupo não era um tipo de resposta adequado para o que as pessoas procuravam. (e3)

Uma das colegas que também desistiu um bocadinho por causa dos filhos, por terem surgido filhos, e por causa da disponibilidade foi porque ela também estava a achar que não teria tanto impacto na prática clínica (e21)

Por fim, (6/28) dos participantes revelam não conhecer nenhuma situação de desistência dos GB's, pelo que não fazem qualquer atribuição aos motivos que podem conduzir um médico a cessar a sua participação, sendo que destes (2/6) frequentam

GB's há menos de um ano e os restantes (4/6) há cerca de 2 anos. Correspondem portanto aos participantes com menos tempo de frequência nos GB's, o que justifica que afirmem que não conhecem nenhuma situação de desistência.

Eu lembro-me de pessoas que foram lá ver e que acabaram por não ficar... pessoas do grupo, que tenham mesmo abandonado... é assim, existem sempre algumas sessões em que há um ou outro a faltar, agora assim abandonar, abandonar... eu penso que não... (e26)

Mediante esta análise dos resultados obtidos, parece-nos pertinente evidenciar que haverá um processo contínuo de ajustamento entre o indivíduo e os próprios GB's. Assim, parecem concorrer para este processo de ajustamento, no que concerne ao médico, as suas características de personalidade e estados emocionais, o seu nível de maturidade e desenvolvimento pessoal (nomeadamente o desenvolvimento percebido pelo próprio), o estilo cognitivo de aprendizagem, e o seu nível de motivação para a participação no GB. Relativamente aos GB's, parecem concorrer para este processo de ajustamento algumas das suas características fundamentais e distintivas de outros processos de desenvolvimento profissional baseados em discussão de casos em pequenos grupos, nomeadamente, a sua baixa normatividade, o tempo necessário ao processo (os grupos exigem um comprometimento e frequência prolongada no tempo), a sua base científica (pouco alicerçada em estudos quantitativos) e a aparente ambiguidade dos conhecimentos que originam. Assim, parece-nos pertinente propor:

P3 – O ajustamento entre os GB's e o profissional que neles participa é um processo permanente ao longo da vida do grupo.

Identificados os motivos que na ótica dos entrevistados levam à participação nos grupos e também às desistências que por vezes ocorrem, interessa também identificar a que atribuem o facto de não existirem mais grupos e mais médicos a utilizar este método. Os resultados obtidos constam na Tabela 5.9.

Tabela 5.9

Motivação para a não integração em GB's

	Utilidade	Tempo e proximidade	Exposição
e1	0	0	0
e2	0	0	0
e3	0	0	0
e4	0	0	0
e5	0	0	0
e6	0	0	0
e7	0	1	0
e8	0	0	1
e9	0	0	0
e10	1	0	0
e11	0	0	0
e12	0	0	0
e13	0	0	0
e14	0	0	0
e15	0	0	0
e16	0	1	0
e17	1	0	1
e18	0	0	0
e19	1	0	0
e20	0	0	0
e21	0	0	0
e22	1	0	0
e23	0	0	0
e24	0	0	1
e25	0	0	0
e26	1	1	0
e27	0	0	0
e28	0	0	0
e29	0	1	0
e30	0	0	0

(Continuação)

	Utilidade	Tempo e proximidade	Exposição
e31	0	0	0

Nota: e =entrevistado

Importa notar, no entanto, que apenas 10 entrevistados forneceram indicações quanto aos motivos que atribuem ao facto de não serem mais os médicos participantes em GB's, ou seja, motivos associados à não integração. Este facto traz uma significação especial se considerarmos (como já tivemos oportunidade de referir no decorrer deste trabalho quando descrevemos todo o processo de análise e codificação) que as informações relativas a este tópico decorreram das respostas livres dos médicos a algumas das questões colocadas, sem que esse aspeto tivesse sido diretamente questionado. No entanto representam um terço dos entrevistados e parecem-nos trazer um contributo importante para a resposta à questão de investigação a que aqui respondemos.

Percebemos, pela análise dos resultados encontrados, que os motivos que sugerem como subjacentes à não integração em GB's são muito próximos dos que os participantes apresentam como razões para o abandono de alguns colegas, nomeadamente:

A dificuldade associada à disponibilidade e dificuldades associadas à proximidade aos locais de realização das sessões dos GB's, muito centralizadas em apenas 3 cidades no país (4/10):

Eu sei que há muitos colegas que...tudo bem, apesar de o grupo ser só uma vez por mês...a verdade é que com os nossos horários nem sempre é fácil conciliar...eu falo por mim própria, que já tive que faltar porque não consegui conciliar as duas

coisas...(e29)

O facto de os colegas que sabem da existência dos GB's, não atribuírem significado ou utilidade à participação que justificasse a sua integração num dos grupos (5/10).

Sim, sim, na altura falámos muito sobre isso, aliás é uma discussão que temos muitas vezes, pronto. Basicamente era aquilo que dizia no início, da subjectividade inerente, pronto, a maior parte das pessoas considera que esta questão da relação é uma questão muito pessoal; ou se tem jeito ou não se tem jeito ou ...sei lá, ou se tem personalidade para isso ou não se tem personalidade para isso, a maior parte das pessoas não considera que possa ser uma coisa que possa ser trabalhada ou que possa ser aprendida, pronto. (e19)

Ou ainda o facto de o método Balint requerer alguma exposição por parte dos médicos, que (3/10) participantes acreditam é um impeditivo para muitos profissionais que não se sentem confortáveis com a ideia de exporem as relações que mantêm com os doentes e as suas potenciais fragilidades no âmbito da sua prática médica.

Assim, se a ansiedade e desconforto provocadas por determinadas vivências no grupo é apontada como motivo para o abandono da frequência (ver Tabela 5.8). No que concerne à não integração, os entrevistados acreditam que por características individuais, muitos médicos acreditam que a participação em GB's seria promotora de desconforto, pelo grau de exposição que acreditam que o método obriga, o que os leva a não integrarem os GB's.

Agora, há médicos que não gostam de se expor. Não é? Por exemplo dizer assim "eu quando vejo aquele doente, eu fico logo com as pernas a tremer porque não sei quê,

não sei quê. Não o posso ver. Ele é insuportável. A mulher até simpática, mas não sei quê". Eles depois dizem aquilo tudo, têm medo de se expor, percebe? Se erram, dizer que erraram, que os incomoda muito, até porque depois a relação com o doente é diferente. (e8)

Portanto esta dimensão Balint que nos expõe, pode... e Balint dizia isso até num dos livros... ele diz isso, pronto diz que há realmente pessoas que não conseguem estar tranquilas nesse setting não é? Portanto que se sentem muito expostas. (e17)

Esta proximidade entre os motivos apresentados para as desistências e para a não integração pode advir do facto de alguns entrevistados perceberem como abandono dos GB's, apenas situações em que os membros frequentavam o GB há por exemplo, mais de um ano, enquanto outros (entrevistados) considerarem como abandono situações de médicos que frequentam algumas sessões com o objetivo de experimentarem o método e que acabam por não prosseguir. Situações estas entendidas eventualmente pelos primeiros como não integração.

Retomaremos esta ideia relativa à diferente percepção que os membros dos GB's parecem ter sobre o que é abandonar o GB e o que é experimentar e não se comprometer (portanto não integrar) na resposta à próxima questão de investigação (3).

Considerando ainda esta semelhança entre motivações subjacentes ao abandono dos GB's e motivações associadas à não integração, parece-nos ainda pertinente averiguar em que medida os participantes enunciam estes motivos à luz das suas próprias experiências consideradas menos positivas no âmbito da participação nos GB's, pelo que também retomaremos esta questão em breve, na resposta à questão de

investigação 3.3 (Quais as experiências vividas nos GB's, que os membros identificam como sendo as menos positivas).

5.3 Resposta à questão de investigação 3

A terceira questão de investigação foi formulada da seguinte forma.

- Qual o funcionamento dos GB's?

Considerando que para uma compreensão abrangente do funcionamento dos GB's, concorrem diferentes dimensões de análise, foram como já referimos, formuladas 5 sub-questões de investigação intrínsecas à questão 3 e a que agora daremos resposta.

5.3.1 Resposta à questão de investigação 3.1

A sub-questão de investigação 3.1 remete para as funções dos facilitadores nos GB's e foi enunciada desta forma: Quais as funções atribuídas pelos membros dos GB's, aos facilitadores?

Que os facilitadores são indispensáveis no âmbito dos GB's isso ninguém parece questionar. Desde a génese do método, o seu comportamento é considerado o fator que mais concorre para o bom desempenho do Grupo. Os facilitadores contribuem para isso com o seu exemplo (Balint, 1957/1998). Mas quais são verdadeiramente as suas funções? São percebidas da mesma forma por facilitadores e participantes? De que forma se distinguem de líderes de outros grupos de discussão de casos? Que conhecimento de psicanálise é desejável que tenham? E quanto devem ser conhecedores e estar imersos na cultura médica dos membros do GB? (Bibace, 2004).

Segundo Jablonski et al. (2013) os facilitadores mais eficazes dizem muito pouco mas estão disponíveis e são capazes de promover o bom funcionamento do GB, através da sua presença. No âmbito do presente estudo, os entrevistados (facilitadores e participantes) salientam o que consideram ser as principais funções, deste elemento fundamental dos GB's.

Conforme os resultados expressos na Tabela 5.10, (23/30) entrevistados identificam a gestão dos tempos como função fundamental dos facilitadores. Tempos, no plural e não tempo, porque se referem, não só ao desempenho da gestão global do tempo da sessão, como à gestão do tempo utilizado em cada um dos momentos da sessão e intrínsecos ao método Balint e ainda à gestão do tempo que é utilizado por cada elemento na sua participação.

Quanto à gestão global do tempo, os entrevistados referem-se à responsabilidade dos facilitadores em garantirem que a sessão tem início, mas também tem um fim, e que em 90 minutos é possível ao grupo evoluir no percurso característico do método Balint. A gestão do tempo utilizado em cada um dos momentos da sessão, assume-se também como um aspeto essencial na boa prossecução da discussão e análise do(s) caso(s), já que, de outra forma podem ocorrer situações, em que por exemplo, é utilizado muito tempo para apresentação do caso, e conseqüentemente resta tempo insuficiente à discussão do mesmo.

A gestão do tempo utilizado por cada elemento na sua participação é também um aspeto salientado, na medida em que o desempenho do facilitador influencia a garantia de que todos os elementos do GB têm oportunidade de participar e pode evitar situações em que alguns elementos monopolizem a sessão.

Tabela 5.10

Funções dos facilitadores

	Relação Médico-doente	Grupo como lugar seguro	Gestão dos tempos	Fomentar uma discussão abrangente	Fazer síntese da sessão
e1	1	1	1	1	1
e2	1	1	1	1	0
e3	1	1	0	1	0
e4	1	1	1	1	0
e5	0	0	0	1	0
e6	0	1	1	1	1
e7	1	0	1	0	0
e8	1	1	1	1	0
e9	0	1	1	1	1
e10	0	0	0	1	0
e11	0	0	0	1	0
e12	1	1	1	1	0
e13	0	0	1	1	0
e14	0	0	1	0	0
e15	1	0	0	0	0
e16	1	0	1	0	0
e17	0	0	1	1	0
e18	0	0	0	0	0
e19	0	0	1	1	1
e20	1	0	1	1	0
e21	1	0	1	1	0
e22	1	1	1	0	0
e23	1	1	1	1	1
e24	0	0	1	1	0
e25	0	0	1	1	0
e26	0	0	1	1	0
e27	0	1	0	1	0
e28	1	0	1	1	0
e29	1	1	1	0	0
e30	0	0	1	0	0
e31	0	0	0	1	0

Nota: e = entrevistado

Foi igualmente (23/30) o número de entrevistados que considerou como função essencial ao desempenho dos facilitadores, a capacidade de fomentar uma discussão abrangente no seio do GB, ou seja, ajudar o Grupo a explorar diferentes cenários do

caso apresentado. Metade dos participantes (15/30) indica como função dos facilitadores a capacidade de manter o trabalho de Grupo focado na sua tarefa principal, ou seja, a relação médico-doente, evitando discussões paralelas ou sobre temáticas associadas ao diagnóstico, ou sobre opções sobre meios auxiliares de diagnóstico, ou sobre terapêuticas medicamentosas.

Pouco menos de metade (12/30) assumem como função primordial de um facilitador a sua capacidade e competência em transformar e garantir que o GB é percebido e sentido, por todos os seus membros, como um lugar seguro. Este é na literatura, um dos pressupostos mais prementes dos GB's, como referem Jablonski et al. (2013), Jablonski (2010), Kjeldamnd & Holmström (2010), Kjeldmand (2006); Lichenstein & Lustig (2006), Lustig (2006) e Johnson et al. (2004). Os elementos do GB podem discordar entre si, mas os comentários e intervenções não devem ser agressivas ou sentidas como críticas negativas pelos colegas, sendo que é atribuída ao facilitador a responsabilidade de cuidar do bom ambiente do GB, e garantir o bem-estar de todos os seus elementos.

Alguns dos entrevistados (5/30) referem ainda como função do facilitador a elaboração de uma síntese final, capaz de congregar as principais questões abordadas, integrar as temáticas da sessão em outros casos já discutidos no GB, ou até produzir algumas orientações sobre formas de atuação em casos semelhantes.

Todas as funções identificadas pelos entrevistados (à exceção de uma) estão em consonância com a literatura, privilegiando competências associadas ao estabelecimento e manutenção das normas do GB, à promoção de movimentos do GB focados na tarefa, ou seja, na relação médico-doente, e ao estabelecimento e promoção do GB enquanto

lugar seguro, onde os médicos se devem sentir verdadeiramente aceites (Jablonski et al., (2013); Jablonski (2010); Kjeldmand & Holmström (2010); Kjeldmand (2006); Lichenstein & Lustig (2006), Lustig (2006) e Johnson et al. (2004). Encontramos a exceção na identificação da elaboração de uma síntese final, como função do facilitador. Pela análise das entrevistas, percebemos que esta síntese não é um procedimento habitual em todos os GB's, nomeadamente no que concerne à componente de integração em discussões anteriores referida por um dos entrevistados, como confirmamos no exemplo:

E depois tem a função também de... fazer uma síntese final de como é que foi aquela sessão integrando-a nas anteriores, na própria história do grupo. Acho que esse papel também é muito importante. (e9)

Na literatura, a elaboração de uma síntese final também não é um aspeto usualmente descrito (Jablonski, 2013; Johnson et al., 2004; Kjeldmand & Holmstrom, 2010; Kjeldmand, 2006; Parker, 2010; Runkle et al., 2006), contudo, (5/30) entrevistados, referiram esta como uma das principais funções dos facilitadores. Parece ser importante referir que destes, (2/5) são facilitadores (ou seja um terço (2/6) dos facilitadores entrevistados), o que poderá indiciar que esta é uma função que alguns facilitadores tendem a assumir como sua, mas que não parece ser muito valorizada pelos participantes, já que apenas 3 a referem (de entre os 25 entrevistados que são participantes em GB's). É ainda de salientar que são estes 2 facilitadores que (como identificámos na resposta à questão 1), têm uma conceção única de GB's como Grupo Tarefa, o que parece ser consonante com a elaboração de uma síntese final, que permite ao facilitador estruturar de forma mais objetiva os conhecimentos decorrentes da sessão, associados à tarefa do GB. Importa notar que dos (3/5) participantes que igualmente

assinalam a elaboração de uma síntese como função dos facilitadores, (1/3) já teve experiência enquanto co-facilitador, o que significa que, embora não conceptualize atualmente o GB como Grupo tarefa, a sua resposta pode ter sido influenciada por esta experiência, durante a qual não sabemos se teria uma outra conceção do GB. Os restantes 2 participantes (2/3) frequentam GB's há cerca de um ano, e acreditamos que o facto de identificarem a síntese como função do facilitador estará diretamente associado ao processo de ajustamento ao grupo (que descrevemos na resposta à questão anterior) nomeadamente no que concerne ao ajustamento perante a baixa normatividade dos GB's e perceção de alguma ambiguidade nos conhecimentos adquiridos, decorrentes da sua participação. Poderíamos também pensar que estes participantes (2/3) poderiam ser influenciados pelo desempenho dos facilitadores dos GB's que frequentam e assim, considerarem a elaboração de uma síntese final como função dos facilitadores, pelo facto de também os facilitadores dos seus GB's assumirem esta como uma das suas tarefas. Contudo nenhum destes 2 entrevistados é participante nos GB's facilitados pelos facilitadores que identificaram a elaboração da síntese final como uma das tarefas no âmbito do seu desempenho enquanto facilitadores de GB's.

Relativamente às funções identificadas pelos entrevistados como funções dos facilitadores, é importante notar que, apesar da baixa normatividade e das poucas orientações específicas, características dos GB's (que inclusivamente são apontadas por alguns entrevistados (4/28) como motivos para o abandono de alguns membros do GB), a função dos facilitadores que um maior número de entrevistados (23/30) refere é exatamente à gestão dos tempos, diretamente relacionada com o que Johnson et al. (2004) referem ser o estabelecimento e manutenção das normas do grupo. Isso leva-nos a propor:

P4 - Independentemente da baixa normatividade característica dos GB's, é importante para os membros dos grupos que as normas subjacentes ao processo das sessões Balint sejam respeitadas e essa é uma responsabilidade que atribuem aos facilitadores.

No que concerne à facilitação dos GB's e especificamente dos GB's em funcionamento em Portugal, dirigidos a médicos, importa referir algumas diferenças constatadas. Dois dos GB's analisados funcionam com a presença de um facilitador e um co-facilitador perfeitamente identificados e cujos papéis estão previamente definidos e se mantêm no tempo. Outro dos GB's analisados decorre também com a presença de um facilitador e de um co-facilitador, contudo apenas o facilitador está previamente identificado e mantém-se ao longo das sessões, na medida em que a função de co-facilitador vai sendo assumida por alguns dos participantes (habitualmente os que mais tempo de frequência têm no GB). Esta rotatividade não acontece durante a mesma sessão. Os outros dois GB's integrados nesta investigação funcionam apenas com a presença de um facilitador, também ele perfeitamente identificado e que se mantém desde o início destes Grupos.

Como percebemos pelos exemplos seguintes, apesar de um dos facilitadores não ser médico, percebe-se claramente que é um profissional muito conhecedor e integrado na cultura médica, e todos (6) possuem conhecimentos sobre abordagens da psicologia médica. Não parece ser considerado muito valorizado, ou considerado necessário, um domínio profundo da perspetiva psicanalítica.

Porque é uma pessoa que conhece extremamente bem a saúde. Pouca gente saberá tanto da saúde no sentido do conflito da organização, das inter-relações e dos

grupos profissionais per si e entre si.(e 12)

A Doutora X diz, chama-se facilitador à pessoa, que geralmente tem uma formação de psicóloga. A Doutora X é formada em filosofia mas naquele tempo não havia cursos de psicologia. Portanto ela sempre fez psicologia, não é? (e17)

5.3.2 Resposta à questão de investigação 3.2

A sub-questão 3.2 foi expressa da seguinte forma:

- Quais os momentos das sessões de GB's, considerados mais significativos pelos seus membros?

Quanto à dimensão Temporal referente aos momentos considerados pelos entrevistados como mais significativos, e como podemos constatar na Tabela 5.11, os resultados obtidos demonstram que apenas uma pessoa não identificou um momento intrínseco às sessões como mais significativo, por considerar que fazem parte de um todo.

Não há assim nenhuma das partes que considere mais importante do que a outra, é o conjunto, que é o grupo (e3)

Cerca de metade dos entrevistados (16/31) salientam mais do que um momento da sessão como sendo os mais significativos (destes, 12 distinguem dois momentos e 5 referem três). Um total de 13/31 salientam apenas um momento.

Tabela 5.11

Momentos mais significativos – dimensão temporal

	Síntese	Relato do caso	Não se salienta um momento como mais significativo	Momento após saída da bolha	Início da sessão	Final perguntas de clarificação	Estar na bolha	Discussão do caso
e1	0	0	0	1	1	1	0	0
e2	0	1	0	1	0	0	0	1
e3	0	0	1	0	0	0	0	0
e4	0	0	0	0	1	1	0	0
e5	0	1	0	1	0	0	0	1
e6	0	0	0	0	0	0	1	1
e7	0	0	0	1	0	0	0	0
e8	0	0	0	0	1	0	0	1
e9	1	0	0	0	0	0	0	0
e10	0	0	0	0	0	0	0	1
e11	0	0	0	0	0	0	0	1
e12	0	1	0	0	0	0	0	0
e13	0	1	0	0	0	0	0	1
e14	0	0	0	0	1	0	0	1
e15	0	0	0	0	0	0	0	1
e16	0	0	0	0	0	0	1	0
e17	0	1	0	1	0	0	0	1
e18	0	1	0	0	0	0	0	0
e19	1	0	0	0	0	0	0	1
e20	0	1	0	0	0	0	0	1
e21	0	0	0	1	0	0	0	0
e22	0	1	0	0	0	0	1	0
e23	0	0	0	1	0	0	1	1
e24	0	0	0	0	0	0	0	1
e25	0	0	0	0	0	0	0	1
e26	0	1	0	0	0	0	0	1
e27	0	0	0	1	0	0	0	1
e28	0	0	0	0	1	0	0	1
e29	0	0	0	0	1	0	0	1
e30	1	0	0	0	0	0	0	0
e31	0	0	0	0	1	0	0	0

Nota: e =entrevistado

Relativamente aos sete momentos distintos, intrínsecos a uma sessão, identificados pelos entrevistados, importa salientar que dos 8 entrevistados que

assinalam o momento após saída da bolha, como sendo um dos mais significativos, apenas 1 refere exclusivamente a importância deste momento na ótica de quem sai da bolha, portanto segundo a perspectiva do médico que apresentou o caso, sobre o qual se trabalhou durante aquela sessão. É também apenas este participante que assinala, simultaneamente, como mais significativo o momento “Estar na bolha”. Os restantes 7 participantes referem este momento sempre na perspectiva de um elemento do grupo que contribuiu para a discussão, e que considera o momento em que o médico que apresentou (o que significa que viveu) o caso volta a integrar o grupo. De referir ainda que entre estes sete entrevistados encontram-se os facilitadores de todos os grupos (4), que referenciaram este momento como um dos mais significativos. Este resultado é concordante com o facto de apenas 5 participantes elegerem o momento “estar na bolha” como um dos mais significativos e destes apenas 1 assinalar este momento exclusivamente. Estes resultados, associados ao facto de a maioria (19/31) assinalar o momento da discussão do caso como o mais significativo, parece indicar que:

P5 – O significado atribuído pelos membros dos Grupos aos vários momentos que compõem uma sessão de GB é independente do papel que cada um desempenha na sessão (médico que apresenta o caso, ou participante que contribui para a discussão de um caso apresentado por outro colega).

O momento identificado como Final das perguntas de clarificação, não é habitualmente um momento identificado na literatura (Jablonski, 2013; Johnson et al., 2004; Kjeldmand & Holmstrom, 2010; Kjeldmand, 2006; Parker, 2010; Runkle et al., 2006), na medida em que pode ser considerado um momento de transição entre as perguntas de clarificação e a discussão, e onde habitualmente (nos GB's que utilizam este procedimento) o médico que apresentou o caso se afasta ligeiramente do grupo, ou

seja, entra na bolha. Contudo, este momento foi considerado, por dois dos entrevistados, como sendo um dos mais significativos no âmbito de uma sessão de GB's, sendo que ambos são facilitadores em dois GB's distintos. Um destes facilitadores justifica a relevância deste momento pelo facto de ser este o momento em que sintetiza e reformula o que foi dito na apresentação do caso, e em que devolve ao grupo aquele que julga ser o pedido do médico.

Ah, e eu esqueci-me de dizer logo que o caso chegue ao fim, acabaram-se as perguntas, eu enquanto facilitador passo para o grupo aquilo que eu entendo que a pessoa está a pedir ao grupo que ele faça. Aqui isto é importante. É importante porque se eu enviar esta síntese do caso, ou o modo como eu enviesado, vai naturalmente condicionar a discussão a seguir. (e1)

Ou seja, o facilitador justifica a importância deste momento com a crença de que do seu desempenho neste depende a discussão consequente, e a existência ou não de algum enviesamento na resposta do Grupo àquele que foi o pedido do médico.

O outro facilitador que também assinala este momento justifica-o pelo facto de ser necessária uma grande sensibilidade (nem sempre fácil) para perceber qual o momento em que devem terminar as perguntas de clarificação e em que o médico que apresenta o caso deve entrar na bolha.

escolher o momento próprio para que seja, que me pareça adequado e com o qual eu me sinta a vontade e que não vá ferir, nem o grupo, que está interessado, que me parece ainda interessado em manter o relator dentro da discussão, e portanto escolher o momento próprio para isso e sentir que foi esse o momento mais apropriado

para o fazer, portanto é um momento que para mim, como facilitador, é um bocado crítico.(e4)

Apesar de ambos identificarem um momento tão específico da sessão, apresentam motivos diferentes para a sua escolha, que percebemos serem consonantes com as próprias conceções que têm do GB, na medida em que o primeiro apresenta uma conceção única do GB como grupo Tarefa, portanto o GB é algo mais estruturado, que procura obter orientações para a prática médica, e o segundo uma conceção múltipla, em que apenas não integra o GB como psicoterapêutico. Ambos definem e salientam, contudo, este momento muito específico das sessões pelo facto de considerarem que este é um momento onde o seu desempenho pode influenciar a qualidade do trabalho do GB. Ou seja, diferentes conceções dos grupos podem conduzir a posturas e preocupações idênticas por parte dos facilitadores relativamente à forma como desempenham a sua função. Contudo, os motivos que parecem conduzir a estas preocupações e comportamentos idênticos, são diferentes e estão diretamente relacionados com a forma como concebem os GB's. Diferentes são também os processos que pretendem promover para que o GB atinja os objetivos. Nos casos que enunciamos, o primeiro facilitador procura ser ele a clarificar ao grupo o pedido que percebe que o médico que apresentou o caso traz, pelo que procura que seja muito claro para o grupo sobre o que deve debruçar-se. No segundo caso, o facilitador procura garantir o bem estar do grupo relativamente à forma como a sessão se desenrola, promovendo uma discussão alargada e reflexiva sobre o caso.

Propomos então o seguinte:

P6 – A conceção que os facilitadores têm do GB reflete-se no seu desempenho.

Quanto à dimensão do conteúdo dos momentos eleitos pelos entrevistados como os mais significativos, uma larga maioria (25/31) assinala os aportes que percebe obter em determinados momentos da sessão como a razão para elegerem estes e não outros como sendo os momentos que consideram mais relevantes. A Tabela 5.12 sintetiza estes resultados.

Tabela 5.12

Momentos mais significativos- dimensão conteúdo

	Vivência de processos psicológicos	Sem conteúdo saliente	Processos psicológicos que emergem	Determinante do futuro	Aportes
e1	0	0	0	1	1
e2	0	0	1	1	1
e3	0	1	0	0	0
e4	0	0	0	1	0
e5	1	0	1	0	1
e6	1	0	0	0	1
e7	1	0	1	0	0
e8	1	0	1	1	1
e9	0	0	1	0	1
e10	0	0	0	0	1
e11	0	0	1	0	1
e12	0	0	0	0	1
e13	0	0	0	0	1
e14	1	0	0	0	1
e15	0	0	0	0	1
e16	0	0	0	0	1
e17	0	0	1	0	1
e18	1	0	0	0	0
e19	0	0	0	1	1
e20	0	0	0	0	1
e21	0	0	0	0	1
e22	0	0	1	0	1
e23	0	0	0	0	1
e24	0	0	0	0	1
e25	0	0	0	0	1
e26	0	0	0	1	1
e27	0	0	1	0	1

(Continuação)

	Vivência de processos psicológicos	Sem conteúdo saliente	Processos psicológicos que emergem	Determinante do futuro	Aportes
e28	1	0	0	0	0
e29	0	0	0	1	1
e30	0	0	0	0	1
e31	0	0	0	1	0

Nota: e = entrevistado

Os aportes não são, o único motivo que promove a identificação de um ou outro momento como mais significativo, quase exclusivamente pelo facto de alguns entrevistados (14/31) apresentarem mais do que um motivo para a eleição que fazem dos momentos mais significativos, como descrevemos mais à frente e que podemos constatar na Tabela 5.12. Os entrevistados (7/31) referem também a vivência de processos psicológicos que determinados momentos proporcionam, ou os processos que podem observar emergir nos colegas (9/31). O facto de um determinado momento ser percebido enquanto determinante do futuro da sessão, ou seja, percebido enquanto momento do qual depende a forma como a sessão irá evoluir, é também a razão que leva a que (8/31) entrevistados refiram determinados momentos da sessão como sendo os mais significativos. Contudo, apenas (5/31) não apresentam também os aportes como motivo para elegem determinados momentos como sendo mais significativos.

Através da análise da Tabela 5.12, podemos constatar que cerca de metade (14/31) dos entrevistados apresenta mais do que um conteúdo, como base para identificar os momentos mais significativos das sessões. A outra metade dos entrevistados (15/31) salienta apenas um conteúdo. Conteúdo este que é quase exclusivamente os aportes (11/15). Devemos ainda considerar que, entre o grupo de entrevistados que salienta apenas um conteúdo que não os aportes, se encontra o

entrevistado que não identificou qualquer momento como mais significativo (dimensão temporal) e que já referimos, e que em consonância com este facto, também não salienta nenhum conteúdo como motivo da atribuição de maior significância a momentos específicos da sessão. Em suma, os aportes não são só o conteúdo mais percebido (25/31) em determinados momentos das sessões, que determinam a significância que os entrevistados atribuem a esses momentos, como para muitos dos entrevistados os aportes são mesmo o único conteúdo relevante (11/25). Considerando que como já referimos 1 dos entrevistados, não assinala qualquer momento como mais significativo, apenas (5/31) entrevistados não identifica os aportes, como motivo para identificarem os momentos mais significativos das sessões.

Dos (9/31) entrevistados que identificam os momentos que consideram mais significativos pelo facto de permitirem a observação de processos psicológicos que emergem nos colegas e viverem com eles esses processos no seio do GB, nenhum o faz exclusivamente, sendo que (8/9) referem também os aportes. O único entrevistado (e7) que refere os Processos Psicológicos que Emergem e não refere simultaneamente os Aportes, indica também como conteúdo dos momentos que considera mais significativos, a vivência de processos psicológicos no âmbito do GB. Este entrevistado possui uma conceção múltipla de GB's (como podemos confirmar na tabela 5.1) para a qual contribui a conceção de GB enquanto Grupo psicoterapêutico o que justifica que valorize determinados momentos pela vivência ou observação de processos psicológicos. Entre os (8/31) participantes que referem que os momentos mais significativos da sessão são aqueles que percebem ser determinantes para a forma como esta se vai desenrolar e o trabalho que nela vai poder ocorrer, apenas 2 o fazem exclusivamente, sendo que todos os outros, assinalam também a importância dos

aportes (6/8). De referir ainda que, em concordância com esta perspetiva, ambos identificam como momento mais significativo das sessões o início das mesmas, onde é pedido ao Grupo, que alguém partilhe um caso. É de acrescentar ainda que um destes dois participantes é o entrevistado (e4) que referimos anteriormente por também identificar como mais significativo um momento da sessão (final das perguntas de clarificação). Este facto permite-nos perceber que este entrevistado considerou como mais significativos momentos que considera mais determinantes para o desenvolvimento de cada sessão numa perspetiva exclusiva de facilitador. Assim, ele percebe como momentos mais significativos aqueles que podem determinar a qualidade da sessão e que são simultaneamente aqueles que são para ele mais sensíveis pelo impacto que o seu desempenho pode ter.

Entre os (7/31) entrevistados que identificam os momentos mais significativos da sessão pelo potencial que têm de lhes permitir vivenciar um conjunto de processos psicológicos (como o facto de se perceberem integrados num GB que lhes traz tranquilidade, confirmação e novos enquadramentos ou reenquadramentos cognitivos face às situações apresentadas e que remetem para a relação médico-doente), apenas dois não assinalam também a importância dos aportes. Refletindo sobre estes dois participantes, percebemos que um deles (e28) conceptualiza o GB exclusivamente como Grupo psicoterapêutico (ver Tabela 5.1), pelo que será compreensível que os momentos mais significativos da sessão sejam os que lhe permitem vivenciar diferentes processos psicológicos. Já no caso do entrevistado (e18), a conceção que tem do grupo é múltipla (ver Tabela 5.1). O GB é definido como Grupo Tarefa e enquanto Instrumento de desenvolvimento profissional, o que poderia fazer pensar que este entrevistado deveria valorizar determinados momentos da sessão pelos aportes obtidos, contudo a sua

motivação para a participação nos GB's é exclusivamente o facto de eles serem uma fonte de prazer (ver Tabela 5.1). Assim, torna-se compreensível que identifique os momentos mais significativos das sessões por aquilo que estes lhe permitem vivenciar do ponto de vista psicológico. Desta forma apresentamos a seguinte proposição:

P7 – Os momentos que os membros dos GB's consideram mais significativos são fundamentalmente aqueles que percebem como dando um contributo nuclear para os aportes que retiram das sessões.

Considerando os resultados apresentados quanto à dimensão temporal e à dimensão de conteúdo (Tabela 5.13), é possível confirmar que a discussão do caso, enquanto momento considerado significativo, pelos aportes que permite aos participantes é a conjugação (dimensão temporal e dimensão conteúdo) mais frequente (18/31).

Tabela 5.13

Momentos mais significativos- dimensão temporal e dimensão conteúdo

	Vivência de processos psicológicos	Sem conteúdo saliente	Processos psicológicos que emergem	Determinante do futuro	Aportes
Síntese	0	0	1	1	3
Relato do caso	2	0	4	2	8
Não se salienta um momento como mais significativo	0	1	0	0	0
Momento após saída da bolha	2	0	5	2	7
Início da sessão	3	0	1	5	4
Final perguntas de clarificação	0	0	0	2	1

(Continuação)

	Vivência de Processos psicológicos	Sem Conteúdo saliente	Processos Psicológicos que emergem	Determinante do futuro	Aportes
Estar na bolha	1	0	1	0	4
Discussão do caso	5	0	6	5	18

Além de contribuir para um melhor entendimento sobre o processo inerente ao funcionamento dos GB's em Portugal, a análise dos momentos considerados mais significativos pelos entrevistados (membros dos GB's), aliada à identificação dos impactos que percebem do seu envolvimento nos GB's, permite aceder a informações úteis quanto às experiências individuais consideradas positivas, aspeto relevante na investigação atual sobre GB's (Kjeldmand & Holmström, 2010). Por isso recuperaremos alguns dos resultados aqui apresentados, ainda no decorrer do presente trabalho, para os associarmos a outros que apresentaremos posteriormente. Importa notar que, ao contrário das experiências consideradas menos positivas (que abordamos de seguida) optámos por não questionar diretamente as experiências individuais mais positivas no âmbito da entrevista, por considerarmos que correríamos o risco de as respostas se tornarem redundantes face a outras integradas no guião (como por exemplo, a questão sobre os momentos considerados mais significativos).

5.3.3 Resposta à questão de investigação 3.3

A sub-questão de investigação 3.3 foi assim formulada:

- Quais as experiências vividas nos GB's que os membros identificam como sendo as menos positivas?

Muito tem sido dito sobre o efeito positivo da participação em GB's, pelos médicos em geral, e muito em especial no que concerne aos especialistas em medicina geral e familiar (Adams et al., 2006; Benson & Magraith, 2005; Cataldo et al., 2005; Dock, 2005; Fairhurst & May, 2006; Kjeldmand, 2006; Lavinha, 2006; Lustig, 2006; Lichenstein & Lustig, 2006; Nease et al.; 2007; Meumann, 2013; Runkle et al. 2006; Wilke, 2005; Strümpfer, 2003). Contudo, como sugerem vários autores (Kjeldmand et al, 2013; Kjeldmand & Holmeström, 2010; Kjeldmand & Glaser, 2007), pouco se sabe sobre as dificuldades dos GB's e os eventuais efeitos negativos nos seus membros. É por isso importante que se conheçam as experiências individuais dos membros dos GB's, nomeadamente as que consideram menos positivas, por permitirem aceder a aspetos dos Grupos praticamente inexplorados.

Os resultados da presente investigação que constam da Tabela 5.14 revelam que, fundamentalmente, as experiências relatadas pelos indivíduos como sendo menos positivas são atribuídas a características pessoais (não só do próprio, como características de outros participantes do GB). Aspetos inerentes a determinadas sessões que os entrevistados identificam especificamente. E a fatores ambientais, nomeadamente da relação do GB com o ambiente circundante.

Tabela 5.14

Experiências menos positivas

	Inexistentes	Fatores pessoais	Características da sessão	Ambiente do grupo
e1	0	1	0	0
e2	0	0	1	0
e3	1	1	1	0
e4	0	0	1	0
e5	0	0	0	0
e6	0	1	0	0
e7	0	1	0	0

(Continuação)

	Inexistentes	Fatores pessoais	Características da sessão	Ambiente do grupo
e8	0	0	1	1
e9	0	0	0	1
e10	0	0	1	0
e11	0	0	0	0
e12	0	1	0	0
e13	0	0	0	1
e14	0	1	0	0
e15	0	1	0	0
e16	0	1	0	0
e17	0	1	0	1
e18	0	0	1	0
e19	0	1	0	0
e20	0	1	0	0
e21	0	1	0	0
e22	0	1	0	0
e23	0	1	0	1
e24	0	1	0	0
e25	1	0	0	0
e26	1	0	0	0
e27	0	1	1	0
e28	1	0	0	1
e29	1	0	0	0
e30	0	0	1	0
e31	0	0	1	0

Nota: e = entrevistado

Metade dos entrevistados (16/29) não atribui a qualquer característica do GB ou do seu funcionamento (permanente ou temporário) à vivência das experiências que caracterizam como menos positivas. Os participantes parecem ter assim um *locus* de controlo interno quanto às experiências que relatam, na medida em que as atribuem a traços de personalidade ou estados emocionais seus. No entanto, uma análise cuidada da transcrição das entrevistas realizadas revela que as experiências menos positivas que atribuem a fatores pessoais e que revelam traduzir-se em estados de tristeza, insegurança, intranquilidade, não são apenas resultado de características ou estados

emocionais pontuais eventualmente provocados por situações vividas externamente ao GB. Em algumas situações parecem estar diretamente associadas com interações entre colegas, no âmbito do GB. Apresentamos dois exemplos:

Uma situação em que não estava particularmente bem, em termos pessoais, mas que decidi ir aos grupos Balint e senti, fui eu que apresentei, mas senti que tive uma participação mais reduzida, uma vez que nós a nível dos grupos Balint necessitamos de estar extremamente focados naquilo que se está a passar e de pensar bem, tentar... (e24)

Foi uma fase muito desconfortável porque estavam a fazer questões que já invadiam a vida pessoal... da pessoa, e... nesse caso era eu, e achei que há limites para tudo, foi uma fase muito desconcertante (e15)

Algumas sessões em específico foram relatadas pelos entrevistados (9/29) como experiências menos positivas. Estas sessões tornaram-se essencialmente experiências menos positivas para os participantes porque consideraram que os limites pessoais estavam a ser invadidos, ou porque o foco na relação médico-doente foi desviado para outras questões da prática médica. Vejamos os exemplos:

Nos vários congressos nós tentamos sempre fazer um ou dois grupos experimentais e... foi muito confrangedor quando uma das colegas (que até foi das primeiras a saltar pró para o círculo pequenino) apresentou um caso e nitidamente era uma pessoa que estava tremendamente... doente, a nossa colega (e 8)

Ou descrever exaustivamente a lesão encontrada na TAC... acho que é

importante e são dados essenciais, mas que os grupos têm determinado perfil e intuito, e que esse tipo de informação não deve ser analisada de forma exaustiva num grupo Balint, mas sim em reuniões multidisciplinares, com outro carácter. Portanto, esse tipo de momentos que por vezes surgem, são os momentos que eu menos gosto (e30)

Contudo, outras sessões também foram referidas como tendo sido experiências menos positivas, pelo facto de os entrevistados sentirem que a discussão do caso não foi profícua, na medida em que não sentiram ter ganho nada com a experiência. Vejamos este exemplo:

para mim é isso, o mais negativo é quando se sai de uma sessão com um sentimento de frustração, pronto por sentir que não se deu a volta correta àquele caso ou que não seria mesmo um caso para, para se falar ali.(e27)

Os relatos de experiências menos positivas associadas ao envolvimento dos entrevistados em GB's demonstram também que para (6/29) dos entrevistados, algumas destas experiências decorrem da relação dos GB's com o ambiente organizacional em que estão integrados, ou em que os diversos participantes estão. Incluímos aqui também as situações relacionadas com o sigilo do GB:

Lembro-me de um elemento que pertenceu ao Balint... portanto, o que se passa no Balint, realmente é sigiloso. É evidente. E mesmo qualquer comentário que se faça em relação a qualquer organismo do elemento, é sigiloso. Aquele grupo não pode transpirar nada, não é? E houve um elemento que parece que quebrou o sigilo. E isso criou muito mau estar. Quando nós soubemos que aquela pessoa tinha quebrado o sigilo, criou muito mau estar. (e17)

casos particulares, estou-me a lembrar num Centro de Saúde onde era muito... notório uma... tensão e competição muito grande entre... homens médicos e com a chefia que também era um homem médico. Portanto era muito evidente isso e isso dificultava muito a evolução, a boa evolução das sessões. (e9)

Importa ainda referir que alguns dos entrevistados (5/29) afirmam nunca terem vivido uma situação de alguma forma relacionada com o facto de participarem em GB's, que possam classificar como menos positiva:

Olhe não tenho...pode ser uma grande inconsciência minha...mas não tenho ideia de me ter sentido menos bem, ou mal, em nenhum grupo...ou mais incomodada, ou assim...(e)

(riso) Sinceramente...não me consigo lembrar de nenhuma...(e26)

Tal como nos havíamos comprometido, retomamos agora uma questão deixada em aberto na resposta à questão de investigação 2. Mais especificamente recuperamos agora a ideia de existir a possibilidade de os entrevistados que já viveram, no âmbito dos GB's, situações que consideram menos positivas, basearem as suas atribuições quanto aos motivos que levam os colegas a desistirem, nestas suas experiências.

Na busca por uma resposta a esta questão, relacionámos os dados obtidos na investigação, no que concerne a estas duas categorias (experiências menos positivas e motivações para o abandono) como consta na Tabela 5.15.

Tabela 5.15

Experiências menos positivas e motivação para o abandono

	Utilidade para a prática médica	Indisponibilidade	Grau de maturidade	Ansiedade e Desconforto
Fatores pessoais	4	11	4	6
Características da sessão	1	6	2	3
Ambiente do grupo	1	5	1	4

Mediante alguma dispersão dos dados e considerando que um dos motivos a que os entrevistados atribuem a desistência dos colegas se refere a estados emocionais (fator que pode ser influenciado pela memória de experiências menos positivas), procedeu-se à análise do material que associava sentimentos de Ansiedade e Desconforto como motivo para o abandono dos GB's, e as várias categorias que distinguem as experiências menos positivas vividas pelos participantes. De forma a que este processo de análise fosse detalhado, procedemos à análise dos casos associados a cada uma das combinações de categorias. Essas combinações são: (a) Factores Pessoais e Ansiedade e Desconforto; (b) Características da sessão e Ansiedade e Desconforto; (c) Ambiente do Grupo e Ansiedade e Desconforto. Assim, encontramos por exemplo o caso do entrevistado 23, que atribui a características pessoais (neste caso específico características pessoais de colegas do Grupo) a experiência menos positiva que refere ter vivido e que inclusivamente assume o fizeram pensar em abandonar o GB:

Já me recordo, não sei se é bem isto que quer mas recordo-me de uma situação em que eu pensei em sair dos grupos Balint, mas não é uma situação nada frequente

mesmo, porque os facilitadores conseguem dar muito bem a volta a isto mas... nomeadamente quando há colegas no grupo um pouco mais críticos que não encaram tanto como... todos erramos, não há..., ninguém está ali para julgar ninguém, mas quando são colegas que “é assim, é assim e devias ter feito assim, acabou-se e é assim”... (e23)

Nas palavras do mesmo entrevistado, relativamente ao motivo associado a Ansiedade e Desconforto, que pode levar colegas a abandonarem os GB's:

Se bem que houve uma pessoa que quando eu perguntei: “ah já não vais mais?”... Que respondeu assim um bocadinho mais brusca, assim mais frio, que eu penso que se chateou com alguma coisa, com alguma conversa no grupo, mas que também, acho ao mesmo tempo estranho, porque os facilitadores não permitem ali hipótese de discussão, de as pessoas se chatearem umas com as outras. (e23)

Neste exemplo, percebemos que existem semelhanças entre a situação vivida pelo entrevistado no âmbito da sua participação no GB e que classifica como menos positiva e o relato que faz quando questionado sobre os motivos que levam alguns colegas a desistirem. Em ambas o aspeto mais relevante é o facto de existirem pessoas no Grupo que pela atitude pessoal mais crítica, ou eventualmente agressiva, levam ao mau estar dos colegas. Em ambas as respostas o entrevistado refere-se à importância dos facilitadores na gestão destas situações, que podemos supor que na ótica do entrevistado sejam situações comuns mas rapidamente resolvidas de forma eficaz pelos facilitadores.

O entrevistado 4 refere as características de algumas sessões, associadas a experiência menos positivas no âmbito dos GB's, como podemos constatar no exemplo:

Mas a pessoa estava com muita vontade de continuar, e o que me fazia pensar

que estava com necessidade de suporte também ... e pronto fiquei um bocadinho embaraçado entre o dar-lhe esse suporte ou manter-lhe e estar a contaminar o grupo com coisas que não deviam estar a acontecer.(e4)

O mesmo entrevistado, quanto aos motivos que podem levar ao abandono dos GB's, afirma:

houve qualquer coisa no grupo que lhes tocou em qualquer tecla que não, que possa ter motivado alguma, algum medo de continuar, ou algum cheiro de (sorri) de psicoterapia, ou de ... são os casos que me podem preocupar mais, porque o grupo até pode ter... mas se a pessoa fez isso é a sua autodefesa que pode estar aqui em jogo...
(e4)

Os exemplos revelam mais uma vez a proximidade entre as características das experiências que os entrevistados identificam como sendo as suas experiências menos positivas, e os motivos a que atribuem a saída de colegas do GB. Neste exemplo, o que mais incomoda o entrevistado são situações em que percebe em alguns participantes a necessidade de um grupo com características diferentes das que atribui aos GB's, nomeadamente um Grupo de apoio psicoterapêutico. O motivo a que atribui as desistências é a ansiedade que o método possa gerar em alguns elementos que o considerem demasiado invasivo ou próximo de um grupo psicoterapêutico.

Quanto a experiências menos positivas o entrevistado 8 refere fatores que influenciam o Grupo e que advêm do contexto exterior a ele, como no seguinte exemplo:

mas já tem acontecido orientadores levarem os internos exatamente para que eles possam ter essa experiência, têm esse defeito só ficarem uma vez ou duas pode não

ser uma experiência gratificante estar com o orientador (...) eu que sou interna vou estar com o orientador no mesmo grupo, se calhar aproveitei pouco, não posso apresentar devidamente o caso, esta ali o individuo, (...) o meu orientador (e8)

O mesmo entrevistado, quanto aos motivos que podem levar ao abandono dos GB's afirma:

quando podemos fazer perguntas podemos dar essa ideia e se a pessoa não estiver tranquila pode sentir como "Ah, não fiz bem." Não é? "Fiz isto mal." Não fez mal, fez o que era possível de fazer... mas isto é difícil.... Sair do fiz bem, fiz mal para o fiz o que era possível é um processo que parece simples, mas não é (e8)

Analisando estas afirmações do mesmo entrevistado (8) percebe-se que o exemplo que dá quanto a alguma ansiedade e desconforto que possam surgir no médico interno, por no mesmo GB estar o seu orientador (e que relata como experiência menos positiva para si, enquanto facilitador, pelas dificuldades que percebe que traz ao GB), está muito relacionada com a dificuldade da exposição perante aquele que formalmente avalia o seu desempenho. É a perspectiva de que nos GB's é necessário o médico expor-se – e que para alguns médicos é complicado sentirem-se numa situação que entendem como sendo de avaliação –, que o entrevistado aponta como motivos que podem levar à desistência de colegas. Apresentamos então a seguinte proposição:

P8 – Os participantes capazes de identificar experiências menos positivas no quadro da sua participação em GB's tendem a atribuir experiências emocionais semelhantes aos colegas que abandonam os Grupos.

Resumidamente, apesar de todos os aspetos positivos que os entrevistados salientam da sua frequência de GB's, e que os motiva a continuarem incluídos nos grupos, é também possível identificar experiências consideradas menos positivas. Estas podem fazer os participantes equacionar o abandono do GB e estão na base dos motivos que atribuem a que outros tenham já participado e desistido.

5.3.4 Resposta à questão de investigação 3.4

Enunciamos a sub-questão 3.4 da forma seguinte:

Que mudanças acontecem nos Grupos ao longo do tempo?

As mudanças que os membros (participantes e facilitadores) percebem nos GB's, ao longo do tempo, não estão só associadas ao decorrer do tempo de participação, como também às alterações na composição dos membros do Grupo, como percebemos no exemplo:

Mudança?... Para mim...é já conhecer melhor as pessoas...já saber mais ou menos como é que elas são.... Mudanças....concretas... (e26)

Destes fatores decorrem mudanças na comunicação interna do GB, nos estados emocionais vividos e no tema e complexidade dos casos apresentados e discutidos. Assim, os resultados indicam, como é possível constatar na Tabela 5.16, que mais de metade dos entrevistados (15/27) (considerando que não foi possível identificar de forma clara no discurso de 4 entrevistados mudanças no GB) identifica mudanças na forma como os participantes são capazes de comunicar com o Grupo através da descrição de um caso, mas também na forma como o grupo é capaz de estabelecer e gerir a discussão deste caso (comunicação interna). Vejamos o seguinte exemplo:

De modo que a minha perspetiva, do que eu faria, vai muito no sentido da adequação à personalidade da pessoa e à forma de estar da pessoa e que eu conheço relativamente bem. Isto acaba por ter... por talvez fazer com que este grupo seja de facto muito diferente dos outros, porque muitos de nós conhecem-se muito bem. E penso que tentamos ter muito respeito, precisamente por esta realidade, e tentamos não ferir o outro de facto. Ou seja, ainda somos mais cuidadosos quando nos pronunciamos sobre o caso. O grupo atual, entre aspas, enferma um bocadinho da perda desta característica porque entrou muita gente nova. (e 12)

O mesmo número de entrevistados (15/27) identifica como mudança nos GB's, com o decorrer do tempo, a alteração (que consideram evolutiva) dos temas subjacentes aos casos apresentados, bem como a própria complexidade dos casos, como afirma o entrevistado 8:

a complexidade da discussão das relações médico/doente vai aumentando porque às vezes ficamos no início mais nesta empatia e nesta capacidade de aguentar a agressividade ou a passividade do outro e depois com o tempo as coisas podem ser mais estruturadas, não é, das alianças, ou não alianças, de coisas desse tipo podem ser depois mais escarpelizadas e mais minuciosas com o tempo (e8)

Tabela 5.16

Mudanças no grupo

	Comunicação Interna	Estados emocionais	Sem mudança	Tema e complexidade dos casos
e1	1	0	1	0
e2	1	0	0	1
e3	0	1	0	1
e4	0	0	0	1
e5	0	0	0	0
e6	0	0	0	0
e7	0	0	0	0
e8	0	1	0	1
e9	1	1	0	1
e10	1	1	0	0
e11	0	0	0	1
e12	1	0	1	1
e13	1	1	1	0
e14	0	0	0	1
e15	1	0	0	1
e16	0	1	0	0
e17	0	0	0	1
e18	0	0	0	0
e19	1	0	0	1
e20	1	0	0	0
e21	1	1	0	0
e22	0	1	0	1
e23	1	1	0	0
e24	1	1	0	1
e25	0	1	0	0
e26	1	1	0	0
e27	1	1	0	0
e28	0	0	1	0
e29	0	1	0	0
e30	0	0	0	1
e31	1	0	0	1

Nota: e = entrevistado

É de notar que (6/15) identificam simultaneamente como mudanças no GB a comunicação interna e o tema e complexidade dos casos.

A alteração dos estados emocionais dos participantes que integram os GB's, também foi identificada como mudança no Grupo, decorrente do passar do tempo, por (14/27) dos entrevistados. Os participantes atribuem à passagem de tempo sobre a participação no grupo o alcance de estados de maior confiança, tranquilidade e segurança, como aqui se ilustra:

Ao princípio também lá está, eu não pertenço ao grupo desde o início, mas eu notava também, os colegas, há vários colegas um bocadinho retraídos e eu acho que ultimamente, mesmo gente nova que tem entrado: internos e isso, eu acho que tem havido uma abertura grande, uma melhoria no trabalho. (e16)

Importa referir que dos (4/27) entrevistados que afirmaram não existirem mudanças assinaláveis nos GB's, 3 acabaram por, no decorrer da entrevista identificar alguma mudança. A análise destes resultados fazem perceber que com o decorrer do tempo e alguma estabilidade das pessoas que constituem os GB's, os membros tendem a sentir-se mais confortáveis, disponíveis para partilharem os seus casos e com uma maior capacidade os discutir de forma assertiva.

Recuperando os resultados apresentados sobre os motivos a que os entrevistados atribuem o abandono do GB por alguns colegas, e a semelhança destes motivos com as razões que apresentam para o facto de não serem mais os médicos integrados nestes grupos (que abordamos na resposta à questão de investigação 2) e associando esta semelhança à dificuldade de distinguir o que deve ser considerado um abandono ou uma não integração percebemos que estes procedimentos estão muito associados às mudanças nos GB's identificadas pelos entrevistados. Esta dificuldade de distinção de algumas situações abandono, de algumas situações de não integração parece advir do

facto de ter-se generalizado o procedimento de existirem períodos no tempo (que não estão estritamente pré-definidos) em que o GB está aberto à entrada dos que o querem integrar ou experimentar.

São estas mudanças que na perspetiva dos participantes (nomeadamente nestes períodos em que o GB recebe novos colegas que não sabem se vão integrá-lo), conduzem a alguma destabilização e perda de qualidade no trabalho desenvolvido, como percebemos pelos exemplos seguintes. A estabilidade dos membros do Grupo parece assim também ela estar associada às mudanças do GB, mas no sentido de promover o desenvolvimento.

Mas de resto o grupo também está ótimo agora, só essa questão de não saberem se ficam se não ficam para nós é um pouco... tira-nos um pouco alguma da segurança ali no grupo porque cria alguma instabilidade... porque apesar de tudo nós precisamos de ter a mínima confiança para contar ali os casos. (e 23)

E também tem muita influência o facto de quando nós chegamos a uma sessão e temos um caso para apresentar, apresentar ou não o caso depende, se calhar, das pessoas que temos à nossa volta. Porque há alguns casos para apresentar, não é? E nós até podemos, como há várias pessoas, haver outra que apresenta, não é? E acho que se calhar, não diria conscientemente, mas inconscientemente, dependendo também das pessoas que estão presentes, nós podemos sentir mais ou menos à vontade. Porque inevitavelmente cria-se uma... Uma dinâmica de grupo diferente, consoante as pessoas que estão lá presentes. (e24)

Perante estes argumentos, apresentamos a seguinte proposição:

P9- A utilização de uma entrevista inicial, baseada na entrevista de seleção mútua de Balint, pode beneficiar o trabalho desenvolvido nos GB's na medida em que contribuirá para uma redução dos médicos que se tornam desistentes ao fim de poucas sessões.

Como já referimos ao longo deste trabalho, Balint et al (1966) reduziram substancialmente as desistências que aconteciam ainda durante o primeiro ano de frequência dos GB's através da introdução da entrevista de seleção mútua. Kjeldmand & Holmström (2010) sugerem a reintrodução desta entrevista (que caiu em desuso por se ter generalizado a ideia que a frequência de GB's, não prejudicaria ninguém) por considerarem que além de baixar o número de desistências, o seu uso poderia prevenir situações disfuncionais no GB, mediante as características do médico.

Perante o que apurámos da realidade portuguesa, mais do que o número de desistências, ou a prevenção de eventuais disfunções do grupo, acreditamos que a inconstância dos membros do GB de sessão para sessão promove instabilidade que afeta negativamente o trabalho desenvolvido pelo Grupo. Assim, a utilização desta entrevista previamente ao acesso do médico às sessões do GB, poderá permitir ao médico clarificar qualquer ideia prévia que tenha acerca do GB, e ao facilitador (condutor da entrevista) avaliar o interesse e pertinência de o médico efetivamente ser apresentado ao Grupo, o que colateralmente acabará por conduzir também a uma redução das desistências efetivas.

5.3.5 Resposta à questão de investigação 3.5

A última sub-questão intrínseca à questão de investigação 3 foi assim formulada:

- Qual o enquadramento institucional dos GB's?

Atualmente nos GB's dirigidos a médicos em Portugal, todos os participantes são voluntários, sendo que é (fundamentalmente dos facilitadores) a responsabilidade de coordenação dos Grupos (em articulação com a Associação Portuguesa de Grupos Balint, ou com a instituição de saúde que facilita a organização logística dos encontros). A integração dos objetivos, intenções e expectativas associadas à participação em GB's é assim totalmente deixada sob responsabilidade dos próprios membros do GB, conforme os "grupos fundados" enunciados por Arrow, McGrath e Berdahl (2000), por oposição ao que designam por "grupos criados".

Relativamente ao enquadramento dos GB's e ao seu desenvolvimento no País, os resultados da presente investigação mostram, como consta da Tabela 5.17, que as preocupações dos participantes (facilitadores e participantes) se agrupam sob 3 questões consideradas fundamentais: (1) a valorização dos GB's nos currículos da formação médica (18/23), como forma de disseminação destes Grupos no País; (2) a necessidade de divulgação do método (11/23), os constrangimentos existentes e as formas que têm sido utilizadas para divulgação; 3) a necessidade existente, na perspetiva de (7/23) participantes de existirem decisões formais, tomadas pelos organismos com poder de decisão, para que os GB's possam disseminar-se em Portugal e traçarem assim um caminho de desenvolvimento. Estas decisões formais de que falam os entrevistados relacionam-se fundamentalmente com a possibilidade de existir apoio aos médicos que decidam frequentar GB's, por parte das organizações onde estão integrados.

Tabela 5.17

Enquadramento institucional e função dos membros dos GB's

	Facilitador	Participante	Co-facilitador
Valorização Curricular	1	9	1
Divulgação	3	14	1
Decisão Central	1	6	0

Muita da divulgação do funcionamento dos GB's e, como percebemos nos exemplos seguintes, é feita sob efeito bola de neve e também por via de alguns seminários.

Ajudou-me muito o facto da directora da USF frequentar e até me ter dito – Então, mas não gostavas de experimentar? E é claro que eu fui logo, e vou continuar.(e18)

Descobri os grupos Balint por uma colega minha. (e24)

O facto de constatarmos que fundamentalmente a divulgação dos GB's tem sido feita através de médicos que referenciam os Grupos a outros médicos leva-nos a retomar a resposta à questão de investigação 2, onde referimos que a credibilidade e confiança gerada pelo facilitador aumenta a motivação para a participação e para a integração nos GB's. Mediante a forma como os GB's têm maioritariamente sido divulgados, e o facto de os participantes relatarem terem ingressado no GB maioritariamente por convite de algum colega ou responsável hierárquico, podemos apresentar a seguinte proposição:

P10 – A credibilidade e a confiança que os participantes têm na pessoa que lhes dá a conhecer a oportunidade de frequentar GB's, influencia positivamente a motivação para a integração nos grupos.

Relativamente às afirmações dos participantes quanto à necessidade de tomadas de posição dos órgãos decisores favoráveis à participação em GB's, apresentamos os seguintes exemplos:

Fomentando. Fomentando e percebendo que isto pode ser uma excelente ferramenta de melhoria. Se percebessem isso... se alguns dirigentes soubessem o que isto era. E, mais, se soubessem as necessidades dos seus profissionais, e percebessem que uma hora e meia ou duas horas por mês que cedessem às pessoas. Mesmo dizer 'ok, vocês depois vêm os doentes noutra hora', que as pessoas aceitavam. Se percebessem isto e motivassem... era capaz de haver mais gente feliz. (e12)

mas eu acho que é essencial nós, hoje em dia, tendo em conta a conjuntura atual, reinventarmos novas formas de apoiar os profissionais de saúde a trabalhar, e nomeadamente no serviço nacional de saúde. E os grupos Balint poderão ser uma forma de fazer este apoio, este suporte. (e30)

Face ao apresentado, evidencia-se como relevante a seguinte proposição:

P11 – A comunicação oriunda da hierarquia organizacional relativamente à existência de GB's e aprovação da possibilidade de ajustes nos horários dos médicos para frequência dos Grupos, aumentaria o número de candidatos a participar nos mesmos.

5.4. Resposta à questão de investigação 4

A questão de investigação 4 foi expressa da seguinte forma:

- Qual o impacto decorrente da participação em GB's, na perspectiva dos seus membros (participantes e facilitadores)?

A última questão de investigação remete para a eficácia dos GB's e para aquela que tem sido uma das principais razões que tem conduzido à produção de investigação nesta área (Adams et al., 2006; Cataldo et al., 2005; Fitzgerald & Hunter, 2003; Johnson et al., 2001; Kjeldmand et al., 2003; Kjeldmand, 2006; Kjeldmand & Holmström, 2008; Nease et al., 2007; Sekers et al., 2003; Turner et al., 2004).

Como resultado da presente investigação foi possível identificar 13 impactos distintos que os entrevistados atribuem à sua participação em GB's, e que apresentamos aqui (Tabela 5.18) em função do papel que os entrevistados desempenham nos grupos. Ou seja, facilitadores, co-facilitadores o que prefaz (6/31) e participantes (23/31) na medida em que relativamente a 2/31 participantes de GB's entrevistados, não foi possível identificar qualquer tipo de impacto. Esta situação verificou-se na medida em que os referidos participantes tinham iniciado a sua participação havia pouco tempo (sendo os entrevistados com menos experiência em GB's, tendo um participado em apenas duas sessões e o outro em quatro), justificando-se assim esta ocorrência. .

Tabela 5.18

Impacto diferencial participantes e facilitadores

	Facilitador	Participante	Co-facilitador
Abordagem centrada no paciente	3	10	2
Alteração na personalidade	1	5	0
Auto-estima	0	4	1
Auto-conhecimento e literacia emocional	0	9	1

(Continuação)

	Facilitador	Participante	Co-facilitador
Comportamento na relação com os doentes	1	9	1
Confiança e tranquilidade	3	6	1
Empatia	0	14	1
Factor protetor	2	3	1
Gestão do tempo das consultas	1	2	1
Intuição	1	1	0
Outras relações	1	7	0
Satisfação profissional	2	3	1
Versatilidade nas respostas aos pacientes	3	12	1

Como já tivemos oportunidade de referir (ver descrição do sistema de categorias), da análise dos diferentes impactos reportados pelos entrevistados foi possível identificar 3 grupos distintos em que foi possível agrupá-los, nomeadamente: (1) mudanças internas no participante; (2) processo de interação com o doente; e (3) aspetos da relação do participante com os contextos exteriores à relação com o doente.

Através da Tabela 5.18 podemos constatar que os participantes identificam impactos no âmbito destes 3 grupos, sendo que 14/23 descrevem como impacto da sua participação em GB's o desenvolvimento da empatia, 9/23 referem o desenvolvimento do auto-conhecimento e literacia emocional e 7/23 a repercussão nas suas relações exteriores à relação com os doentes. Também os facilitadores (facilitadores e co-facilitadores) descrevem impactos referentes aos 3 grupos de impactos descritos, sendo que como podemos observar na Tabela 5.18, quase todos (5/6) referem como impacto o

desenvolvimento de uma prática médica baseada numa abordagem centrada no paciente, mais de metade (4/6) refere impacto ao nível da sua confiança e tranquilidade e (2/6) indicam a gestão do tempo das consultas como impacto do seu envolvimento em GB's.

Mediante os resultados obtidos, e considerando a abrangência dos impactos percebidos, que se repercutem nas características pessoais do indivíduo, nas suas relações com os doentes e com os outros (relações pessoais e profissionais que não com os doentes) apresentamos as seguintes proposições:

P12: O envolvimento em GB's impacta positivamente o desenvolvimento pessoal dos participantes.

P13: O envolvimento em GB's impacta positivamente o desenvolvimento profissional dos médicos participantes, no que concerne à competência de relação com os doentes.

Estas proposições estão alinhadas com a ideia de que a tarefa específica dos GB's é a análise da relação médico-doente, e que estes Grupos são impulsionadores de mudança (Balint, 1957/1998; Brandão, 2007; Shorer et al., 2007).

Na resposta à questão de investigação 1, interrogámos até que ponto os impactos percebidos pelos entrevistados decorreriam dos seus próprios conceitos acerca do GB. Como podemos confirmar na Tabela 5.19, os resultados obtidos não se organizam segundo um qualquer padrão que nos permita identificar uma relação entre uma determinada conceção única de GB e um ou mais impactos percebidos. O mesmo acontece no que concerne a qualquer ligação entre uma qualquer combinação de conceções, ou seja, uma conceção múltipla do que são GB's e os impactos percebidos pelos entrevistados e membros destes Grupos.

Tabela 5.19

Concepções únicas e múltiplas quanto ao impacto

	Casos em que existem concepções múltiplas de GB	Casos em que existem concepções únicas de GB
Abordagem centrada no paciente	2	3
Alteração na personalidade	2	3
Auto-estima	1	1
Auto-conhecimento e literacia emocional	3	2
Comportamento na relação com os doentes	1	4
Confiança e tranquilidade	1	5
Empatia	3	5
Factor protetor	0	3
Gestão do tempo das consultas	0	2
Intuição	0	0
Outras relações	2	3
Satisfação profissional	2	1
Versatilidade nas respostas aos pacientes	1	6

Perante a dispersão destes resultados, parece-nos legítimo apresentar a seguinte proposição:

P14- Independentemente do conceito que o participante tem do que é um GB, o impacto da frequência destes grupos nos participantes, não será afetado por isso.

Recuperamos agora a questão levantada anteriormente na resposta à questão de investigação 2, ou seja, em que medida os impactos da frequência em GB são influenciados pelas motivações para a participação dos entrevistados. Na Tabela 5.20 constam os resultados combinados das duas categorias de análise em causa para a resposta à questão enunciada. Como pode ser observado os resultados apresentam-se dispersos justificando a seguinte proposição:

P15 – O impacto da frequência em GB's é independente do tipo de motivação revelada pelos participantes.

Tabela 5.20

Motivação para a participação e impactos

	Aprendizagem e influência no desempenho	Atitude e desempenho do facilitador	Fonte de prazer	Importância Curricular	Pertença a um grupo de pares
Abordagem centrada no paciente	11	2	5	3	7
Alteração na personalidade	4	1	4	1	3
Auto-estima	3	0	2	2	4
Auto-conhecimento e literacia emocional	6	0	3	3	3
Comportamento na relação com os doentes	8	1	5	3	8
Confiança e tranquilidade	6	1	6	5	5
Empatia	9	1	6	2	5
Factor protetor	5	1	3	3	5
Gestão do tempo das consultas	4	0	4	2	4
Intuição	1	0	1	0	1

(Continuação)

	Aprendizagem e influência no desempenho	Atitude e desempenho do facilitador	Fonte de prazer	Importância Curricular	Pertença a um grupo de pares
Outras relações	3	0	3	2	1
Satisfação profissional	5	1	4	3	3
Versatilidade nas respostas aos pacientes	13	2	7	6	8

Para confirmarmos esta proposta, e porque em muitos casos é possível verificar várias motivações (o que poderia indicar que os impactos identificados são dependentes de motivações específicas que não se evidenciam pela presença de outras), procedemos à avaliação circunscrita dos casos que apresentam apenas um tipo de motivação. Para tal identificamos inicialmente os casos que correspondiam a este requisito e posteriormente procedemos ao cruzamento dos dados, do qual resultou a Tabela 5.21.

Tabela 5.21

Apenas uma motivação para a participação e impactos

	Abordagem centrada no paciente	Alteração na personalidade	Auto-estima	Auto-conhecimento e literacia emocional	Comportamento na relação com os doentes	Confiança e tranquilidade	Empatia	Factor protetor	Gestão do tempo das consultas	Intuição	Outras relações	Satisfação profissional	Versatilidade nas respostas aos pacientes
Aprendizagem e influência no desempenho	1	0	0	1	0	0	2	0	0	0	0	0	1
Atitude e desempenho do facilitador	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Fonte de prazer	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0
Importância Curricular	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	1	0	1
Pertença a um grupo de pares	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

A dispersão de resultados obtida confirma o que enunciamos (P15), o que significa que independentemente das motivações, os impactos são diversos e remetem para os três conjuntos diferentes que definimos a partir dos impactos identificados pelos entrevistados, como já referimos.

Ainda no que concerne aos impactos da frequência de GB's identificados no âmbito do presente trabalho e relacionando-os com os resultados encontrados relativamente às mudanças no grupo identificadas pelos participantes (Tabela 5.22) é possível afirmar que:

P16 – Os GB's confirmam-se como um processo de desenvolvimento em que os aportes são integrados na compreensão e na ação dos participantes tornando-os progressivamente focados nas questões da relação com os doentes de maior nível de complexidade.

Tabela 5.22

Mudanças no grupo e impactos

	Comunicação Interna	Estados emocionais	Sem mudança	Tema e complexidade dos casos
Abordagem centrada no paciente	5	6	1	10
Alteração na personalidade	2	1	2	3
Auto-estima	1	1	0	3
Auto-conhecimento e literacia emocional	4	5	3	5
Comportamento na relação com os doentes	5	7	0	6
Confiança e tranquilidade	6	7	2	4

(Continuação)

	Comunicação Interna	Estados emocionais	Sem mudança	Tema e complexidade dos casos
Empatia	9	6	1	9
Factor protetor	2	4	0	3
Gestão do tempo das consultas	2	2	0	3
Intuição	1	0	0	1
Outras relações	4	2	3	2
Satisfação profissional	3	3	1	4
Versatilidade e nas respostas aos pacientes	8	8	2	9

Como pode ser constatado, 10/26 dos entrevistados afirmam perceber impacto da sua frequência nos GB's através de um desempenho baseado numa abordagem mais centrada no paciente, bem como assumem que das mudanças no GB (com o decorrer do tempo e associadas à estabilidade dos seus elementos como já enunciamos na resposta à sub questão 3.4) decorre uma maior complexidade dos temas e casos trabalhados no GB. O mesmo acontece para (9/26) entrevistados que afirmam reconhecer como impacto da sua participação nos GB's, o desenvolvimento de empatia, ou o aumento da versatilidade das respostas que podem providenciar aos seus diferentes pacientes (9/26).

Contudo, este processo de integração e complexificação é dependente do ajustamento do individuo ao GB, conforme P3. Em conjunto estas proposições (P3 e P16) parecem contribuir para as questões que levantámos anteriormente (ver resposta à questão de investigação 2) sobre a existência de uma duração adequada relativamente à frequência dos GB's pelos seus participantes. Balint et al. (1966) consideram que para

atingir um nível mais elevado de desenvolvimento, é necessária uma frequência regular por vários anos, sendo que os médicos que atingiram o nível mais elevado de desenvolvimento associado à categorização de Balint foram os que frequentaram os Grupos durante mais de 3 anos. Na literatura é possível encontrar referências que comprovam a eficácia do método em situações de frequência menor do que um ano, no que concerne a algumas competências específicas (Adams et al., 2006; Cataldo et al., 2005; Kjeldmand, 2006; Turner et al., 2004). A Tabela 5.23 permite verificar que os participantes com mais de 3 anos de frequência de GB's, bem como os participantes com mais de 10 anos de experiência continuam a registar um número substancial de impactos decorrentes do seu envolvimento em GB's. Isto ocorre tanto ao nível das mudanças internas no participante, como ao nível da relação com o doente, e ainda no que respeita aos aspetos da relação do participante com os contextos exteriores à relação com o doente.

Tabela 5.23

Impactos percebidos e tempo de frequência em GB's

	Menos de 1 ano	De 1 a 3 anos	De 3 a 10 anos	Mais de 10 anos
Abordagem centrada no paciente	0	4	7	4
Alteração na personalidade	0	1	5	0
Auto-estima	0	0	4	1
Auto-conhecimento e literacia emocional	0	3	5	2
Comportamento na relação com os doentes	1	3	5	2
Confiança e tranquilidade	1	3	2	4
Empatia	0	5	9	1

(Continuação)

	Menos de 1 ano	De 1 a 3 anos	De 3 a 10 anos	Mais de 10 anos
Factor protetor	0	2	1	3
Gestão do tempo das consultas	1	0	1	2
Intuição	0	0	1	1
Outras relações	0	3	5	0
Satisfação profissional	0	2	1	3
Versatilidade nas respostas aos pacientes	1	6	5	4

Como consta da Tabela 5.23, (7/12) participantes com frequência entre 3 e 10 anos mencionam o impacto no sentido de um desempenho mais adequado a uma abordagem centrada no paciente. Além disso, 9/12 referem impacto ao nível do desenvolvimento da empatia, 5/12 referem impacto em outras relações com profissionais, e o mesmo número de entrevistados (5/12) referem ainda perceber impacto traduzido sob a forma de alteração de personalidade, e comportamento na relação com os doentes, entre outros resultados que constam da já referida Tabela 5.23.

No que diz respeito à categoria que integra participantes com mais de 10 anos de experiência em GB's, (4/6) também mencionam o impacto no seu desempenho no que concerne a uma abordagem mais centrada no paciente, (4/6) assumem que o impacto se revela na maior versatilidade de respostas aos pacientes, e também (4/6) referem aumento da confiança e tranquilidade. Dos 6 participantes com mais de 10 anos de experiência, metade (3/6) refere como impacto a maior satisfação profissional.

Uma análise mais específica da subcategoria associada às mudanças identificadas no GB relativamente ao tema e complexidade dos casos relativamente ao

tempo de experiência dos participantes (ver Tabela 5.24) confirma que as mudanças verificadas pelos participantes são no sentido de um aumento da complexidade em GB's. Se os iniciantes (menos de um ano) não identificam estas mudanças isso compreende-se, pois estão a construir ainda os seus pontos de referência. Porém um pouco menos de metade dos participantes com 1 a 3 anos de experiência (4/10) bem como metade dos participantes com 4 a 10 anos de experiência (6/12) identificam essas mudanças. No que concerne aos facilitadores, quase a sua totalidade descreve o aumento da complexidade (5/6), confirmando-se uma tendência ascendente esperada, de reconhecimento do aumento da complexidade associada à frequência nos GB's (decorrentes das mudanças nos grupos) consoante a maior experiência que se tem neles. Isto vem reforçar a Proposição 16 apresentada antes.

Tabela 5.24

Tema e complexidade dos casos e tempo de frequência em GB's

	Menos de 1 ano	De 1 a 3 anos	De 3 a 10 anos	Mais de 10 anos
Comunicação Interna	1	6	6	2
Estados emocionais	2	5	4	3
Sem mudança	0	1	3	0
Tema e complexidade dos casos	0	4	6	5

Na resposta à questão de investigação 3.2, referimos que apesar de os entrevistados não terem sido questionados diretamente acerca das suas experiências mais positivas (pelos motivos já enunciados), os dados da investigação permitiriam tecer algumas considerações acerca deste aspeto. Assim, analisando a Tabela 5.25, que cruza dos resultados obtidos no que concerne aos conteúdos dos momentos das sessões

de GB's, eleitos como mais significativos pelos entrevistados, e os impactos identificados, percebemos que as experiências mais positivas vividas nos GB's, são aquelas que permitem aos participantes reconhecerem ganhos associados ao treino de competências e conhecimentos que permitam um melhor desempenho na prática médica, fundamentalmente na relação médico-doente. Por isso, 14/29 participantes associam os momentos mais significativos das sessões aos aportes relativos à versatilidade de respostas que adquirem relativamente aos doentes, 13/29 referem também como fator intrínseco aos momentos considerados mais significativos os aportes relativamente ao desenvolvimento de empatia, 12/29 identificam como subjacente aos momentos que consideram mais significativos nas sessões os aportes que permitem uma prática mais centrada no paciente, e 9/29 reconhecem o desenvolvimento do auto-conhecimento e da literacia emocional como aportes (sendo estes a base dos momentos que consideram mais significativos).

Tabela 5.25

Momentos mais significativos (dimensão conteúdo) e impactos

	Aportes	Determinante do futuro	Processos psicológicos que emergem	Sem conteúdo saliente	Vivência de processos psicológicos
Abordagem centrada no paciente	12	5	6	1	3
Alteração na personalidade	5	1	2	0	2
Auto-estima	4	1	3	0	3
Auto-conhecimento e literacia emocional	9	1	4	0	4
Comportamento na relação com os doentes	11	3	6	0	2

(Continuação)

	Aportes	Determinante do futuro	Processos Psicológicos que emergem	Sem conteúdo saliente	Vivência de Processos psicológicos
Confiança e tranquilidade	8	4	4	0	2
Empatia	13	3	6	0	3
Factor protetor	5	2	4	0	2
Gestão do tempo das consultas	4	3	2	0	2
Intuição	2	1	1	0	1
Outras relações	6	1	3	0	3
Satisfação profissional	5	3	2	0	1
Versatilidade nas respostas aos pacientes	14	5	4	0	4

Além da análise destes resultados, se observarmos também os resultados encontrados no que concerne às experiências menos positivas (ver resposta à questão de investigação 3.3 e Tabela 5.14) percebemos que estas se referem a aspetos que os participantes identificam como dificultando novas aprendizagens. Assim, parece-nos plausível fazer a seguinte proposição:

P17 – As experiências mais positivas vividas no âmbito dos GB's são aquelas a que os participantes atribuem influência no seu desempenho no que concerne à relação médico-doente.

Ao longo deste capítulo do presente trabalho procedemos a uma análise aprofundada dos dados recolhidos e dos resultados obtidos. Como resultado desse processo detalhado de análise foi-nos possível elaborar 17 proposições teóricas, que acreditamos serem suscetíveis de estimular a realização de futuras investigações. O

objetivo a que nos propusemos neste trabalho, fica assim cumprido através da caracterização dos GB's dirigidos a médicos, em Portugal. Sendo que estes configuram-se afinal como instrumentos muito profícuos para o desenvolvimento de competências intrínsecas ao desempenho médico. Fundamentalmente, no que concerne ao desenvolvimento de competências necessárias à relação médica, uma das áreas nucleares da competência profissional dos médicos numa conceção humanizada da medicina.

6 Limitações e Investigações Futuras

Neste ponto do presente trabalho refletimos criticamente sobre o estudo empírico realizado, procedendo à identificação de algumas fragilidades do mesmo e de sugestões para eventuais investigações futuras.

A presente investigação empírica permitiu recolher um grande volume de informação sobre os GB's em Portugal e sobre as perceções que os membros destes Grupos têm sobre eles. Esta informação poderá eventualmente dar origem a estudos subsequentes, na medida em que todas as proposições aqui apresentadas são também elas, hipóteses para investigações futuras.

Quanto às limitações deste estudo, importa notar que todos os entrevistados participam em GB's, pelo que é expectável que se demonstrem motivados para a participação e comprometidos com o método. Seria muito importante, em investigações futuras, estudar a perspectiva dos médicos que, conhecendo garantidamente a existência dos grupos, nunca decidiram participar. Igualmente seria de enorme relevância estudar a perspectiva daqueles que, já tendo participado, os abandonaram. Poderá ser também

relevante, avaliar as expectativas dos futuros participantes dos GB's imediatamente antes da sua integração, e comparar os resultados com as proposições aqui anunciadas, na medida em que aos estudos longitudinais estão sempre associados diversos constrangimentos de tempo e logísticos, nem sempre passíveis de serem ultrapassados.

Considerando que seria expectável que os entrevistados demonstrassem uma perspectiva positiva sobre os GB's, foi no entanto possível recolher um vasto conjunto de dados sobre as suas fragilidades e desafios. Importa notar que a memória de qualquer participante é sempre inexata o que influencia sempre as informações recolhidas, nomeadamente no que concerne às experiências menos positivas.

Assumimos sempre basear o presente estudo na perceção de participantes e facilitadores dos grupos, pelo que os resultados obtidos são exclusivamente relativos ao entendimento que os participantes fazem dos GB's, conscientes que os fatores da vida pessoal e profissional dos médicos entrevistados, influenciarão à forma como percebem os GB's e a participação neles.

Quanto a outros desafios para estudos futuros, queremos realçar a importância de estudos que possam contribuir para encontrar respostas sobre o perfil do médico para quem os GB's parecem mais adequados. Atendendo ao processo de feminização que tem ocorrido na medicina (Lobo Antunes, 2012) e que encontramos no que concerne aos GB's portugueses, seria interessante verificar em que medida existem respostas diferenciais ao trabalho proposto nos GB's entre indivíduos dos diferentes géneros.

Mediante a revisão bibliográfica realizada e os resultados obtidos neste estudo, parece-nos que os GB's podem contribuir para que os médicos se tornem mais conscientes do seu desempenho, dos valores que lhe devem ser intrínsecos e do impacto

que este tem não só em si, como também nos outros. Assim, esperamos que o presente trabalho represente uma boa caracterização destes Grupos, nomeadamente no que concerne á realidade portuguesa. E que permita aumentar a divulgação dos GB's e potenciar o seu acesso a mais médicos, o que acreditamos se traduziria em organizações de saúde mais capazes e melhores cuidados de saúde à população.

Conclusão

Num período de desenvolvimento constante e mudanças rápidas que oferecem desafios profundos a um mundo globalizado, olhámos para a saúde e para a educação, enquanto dois pilares fundamentais da sociedade atual. Pretendemos contribuir para uma educação e um desenvolvimento profissional médico adequados e de qualidade, essenciais no exercício de políticas de saúde contributivas para o bem-estar da população geral. Mais especificamente, refletimos sobre o desenvolvimento profissional dos médicos (considerando real a necessidade de um desenvolvimento contínuo, que inclua uma formação pré-graduada e aprendizagem continuada durante a vida ativa) e particularmente um processo de desenvolvimento profissional identificado – os GB's..

Este trabalho assumiu como principal objetivo caracterizar os GB's, dirigidos a médicos em Portugal, enquanto processos de desenvolvimento profissional contínuo, através das perceções dos seus membros quanto a várias dimensões da sua participação. Para atingir este objetivo foram entrevistados todos os facilitadores dos grupos em funcionamento e médicos participantes em todos eles.

Os primeiros dois capítulos deste trabalho consubstanciaram-se na revisão da literatura. O primeiro foi inteiramente dedicado ao enquadramento do conceito de desenvolvimento profissional contínuo, especificamente no que concerne à profissão médica. Traçámos de forma geral o percurso evolutivo da arte da medicina à ciência médica, alavancado pela evolução tecnológica com grande impacto no saber e na prática clínica. Refletimos sobre a evolução do conceito de doença e do processo de adoecer e como esta evolução marcou o surgimento e co-existência de diferentes modelos

epistemológicos aos quais estão associados diferentes desafios para os profissionais médicos, para os doentes e para a relação que estabelecem entre si.

O foco principal dos GB's (como tivemos oportunidade de expor pormenorizadamente no segundo capítulo da revisão da literatura) é a relação médico-doente. Esta relação é uma componente do desempenho médico, mesmo que muitas vezes desvalorizada. Assim, ainda no primeiro capítulo, e de forma a enquadrar os desafios colocados constantemente aos profissionais, procedemos a uma revisão dos diferentes modelos médicos mediante a sua abordagem à relação médico-doente, dando especial relevância à abordagem centrada no paciente, por ser aquela em que se enquadram os GB's. Também neste capítulo distinguimos educação médica contínua e desenvolvimento profissional contínuo, e descrevemos o processo que pode conduzir a educação médica ao desenvolvimento profissional contínuo. Tendo em conta o objetivo de caracterizar os GB's enquanto instrumento de desenvolvimento profissional médico, no que se refere ao desempenho na relação com os doentes, salientámos e descrevemos o desenvolvimento de competências emocionais e competências comunicacionais. Descrevemos como estas competências são consideradas imprescindíveis no bom desempenho médico, numa relação médico-doente baseada numa abordagem centrada no paciente, e que a literatura indica como competências passíveis de serem desenvolvidas através da frequência de GB's.

O segundo capítulo da revisão da literatura foi totalmente dedicado à definição e enquadramento histórico dos GB, bem como à sua problematização enquanto processo de desenvolvimento profissional contínuo dirigido a médicos. Considerando que foi sobre o quadro conceptual dos GB's que incidiu esta investigação, procedeu-se num primeiro ponto deste capítulo (2.1), ao enquadramento histórico do método Balint,

considerando aspetos determinantes da vida do médico Michael Balint fundador dos grupos de “discussão com investigação” (Balint, 1998) dirigidos a médicos que vieram mais tarde a ficar conhecidos pelo nome do seu fundador. Foram também identificados os conceitos considerados fundamentais ao exercício deste método, e descrita a evolução destes como resultado de um processo interativo entre algumas modificações nos objetivos dos grupos e a transformação dos desafios colocados hoje aos médicos e ao seu profissionalismo. Esses desafios influenciaram e influenciam as razões pelas quais os médicos os continuam a frequentar. Demonstrámos como os GB’s após quase 60 anos estão hoje disseminados globalmente, sendo mesmo atualmente um recurso utilizado por outros profissionais, para além dos médicos, e tendo inclusivamente dado origem a grupos considerados “tipo Balint”, por utilizarem como base este método ainda que com algumas modificações.

A revisão da literatura prosseguiu no segundo ponto, deste capítulo, com uma revisão exaustiva sobre a produção científica existente sobre os GB’s. Isso permitiu salientar a necessidade de questionar o desenvolvimento destes Grupos e a sua eficácia enquanto resposta aos problemas com que se deparam atualmente os médicos. Evidenciou-se a importância de estudos sobre o processo inerente ao funcionamento dos GB’s e às experiências mais e menos positivas dos indivíduos que neles participam, na medida em que estes conhecimentos poderão contribuir para identificar um eventual perfil dos médicos a quem se adequem melhor os GB’s enquanto processo de desenvolvimento profissional, entre outros aspetos. Ainda neste ponto (2.2), foi possível concluir também que apesar de existente, a produção científica encontra-se fragmentada e é fundamentalmente de carácter conceptual, sendo assumidamente insuficiente a quantidade de estudos empíricos. Além deste facto, observou-se que a produção

científica nesta área é quase exclusivamente realizada por médicos de alguma forma integrados nos grupos, como aliás referem Kjeldmand et al. (2013). Esta revisão da literatura, permitiu ainda notar que os estudos existentes são maioritariamente qualitativos. Verificámos que os estudos quantitativos são em número muito reduzido, não só pelas dificuldades logísticas e de disponibilidade que enfrenta qualquer investigação, como fundamentalmente pelos constrangimentos relacionados com o número de grupos em funcionamento, e as dificuldades de acesso aos mesmos.

A literatura consultada fez-nos constatar que a realidade dos GB's é hoje muito diversa, e que não existe qualquer estudo empírico sobre a realidade portuguesa.

Após a revisão da literatura apresentamos os capítulos que incidiram sobre o estudo empírico realizado. Assim, no terceiro capítulo do presente trabalho enquadrámos a decisão de optar por uma abordagem qualitativa (que já aqui referimos), e descrevemos todos os procedimentos técnicos e deontológicos inerentes à realização da investigação. O quarto capítulo consistiu na apresentação dos dados no seu primeiro nível de redução, nomeadamente através da apresentação e descrição de todas as categorias que emergiram da análise dos dados recolhidos junto de membros dos GB's. Os resultados permitiram-nos identificar oito dimensões de análise para caracterização dos GB's em Portugal, na perspetiva dos seus facilitadores e participantes.

No quinto capítulo deste trabalho, apresentámos uma análise detalhada dos resultados encontrados, permitindo identificar as diferentes formas como os membros definem os GB's, sendo possível constatar que co-existem visões mais restritas do que são estes Grupos, a que chamamos conceções únicas, com visões mais complexas que incluem aspetos intrínsecos a diferentes conceções e que designámos por conceções

múltiplas. Vimos que, independentemente da conceção, os grupos são percebidos como espaços de transformação e aprendizagem.

Os resultados da investigação permitiram também identificar diferentes motivações associadas à participação em GB's, ao abandono da participação e mesmo relativamente à não integração nestes grupos. Vimos que de uma forma geral, os médicos frequentam os grupos porque estão motivados para aprender, nomeadamente melhorar a compreensão sobre o doente e a gestão das emoções que surgem na consulta, e acreditam que essa aprendizagem tem influência no seu desempenho. Constatámos que esta é uma expectativa partilhada por médicos mais jovens, médicos mais experientes e inclusivamente pelos facilitadores dos GB's. Para os médicos especialistas, em pleno exercício da sua profissão e responsáveis pela sua lista de doentes, a participação nos grupos é também movida pela necessidade de uma medicina mais pessoal e personalizada e fundamentalmente como solução para uma prática clínica muitas vezes ainda vivida de forma solitária, pelo que nos grupos encontram o conforto e a confirmação dos pares.

Vimos também, quanto as razões que levam a algumas desistências, parecem estar relacionadas com motivos que parecem decorrer de um processo contínuo de ajustamento entre o indivíduo e os próprios grupos. Os motivos identificados como justificação de não existirem mais médicos integrados nestes grupos são semelhantes aos apresentados como razões para o abandono de alguns colegas, no sentido em que refletem aspetos dos Grupos e/ou dos indivíduos que parecem não se ajustar, pelo que dificultam a integração nos grupos por parte de mais médicos.

Os resultados permitiram também identificar as experiências vividas nos GB's que os participantes identificam como menos positivas. Percebemos que estas estão na base das atribuições que os participantes fazem relativamente aos motivos que acreditam levarem outros a desistir ou simplesmente não integrarem estes grupos. Para uma compreensão mais abrangente do funcionamento dos GB's, identificámos o perfil de funções atribuído aos facilitadores e descobrimos que em Portugal existem GB's cuja facilitação é garantida por facilitador e co-facilitador e outros em que a responsabilidade recai apenas sobre um facilitador. Apesar de os GB's serem por definição pouco normativos e apesar de isso ser visto como motivo para alguns médicos não se ajustarem a este método e por isso não o integrarem, os resultados obtidos indicaram que a garantia do cumprimento das normas é uma das principais funções dos facilitadores, reconhecida pelos membros dos GB's (participantes e facilitadores). Verificámos ser também saliente a importância de o facilitador garantir que o GB é um lugar onde todos se sentem confortáveis, e que obriga a um respeito criterioso da confidencialidade.

Foi possível identificar 8 momentos distintos das sessões, sendo a discussão do caso o momento considerado mais relevante pelos aportes que parece permite aos membros do GB. Os resultados obtidos permitiram ainda obter descrições de situações percebidas como menos positivas. A análise destes relatos permitiu compreender que estas experiências estão associadas a fatores pessoais (relativamente ao próprio ou a outros elementos do grupo), a aspetos característicos de determinadas sessões, ou aspetos relacionados com o ambiente organizacional (em que o grupo está integrado ou em que vários elementos do grupo estão envolvidos).

Porque a perceção de eficácia dos grupos era também uma dimensão fundamental para a sua caracterização, avaliámos os impactos que os membros dos Grupos assumem como decorrentes da sua participação em GB's. Os resultados permitiram identificar 13 impactos diferentes que agrupámos em 3 categorias distintas: mudanças internas no participante, processo de interação com o doente e aspetos da relação do participante com os contextos exteriores à relação com o doente.

Foi possível apurar que participantes e facilitadores identificam como impactos do seu envolvimento em GB's aspetos intrínsecos a estas 3 categorias. Sendo os GB's um processo de desenvolvimento profissional que implica uma frequência prolongada no tempo, foi possível identificar as principais mudanças que os membros identificam com o passar do tempo e a influência destas no trabalho desenvolvido pelo Grupo. Os resultados apontaram como aspetos decisivos para mudanças mais evidentes, o próprio tempo de duração do GB e as mudanças associadas à alteração dos membros que o constituem. Vimos que estas mudanças ocorrem fundamentalmente na comunicação interna do GB, nos estados emocionais dos participantes e na complexificação dos casos e temas trabalhados no âmbito dos Grupos. GB's que perduram no tempo, com poucas alterações nos seus elementos, parecem mais facilmente atingir estilos de comunicação mais eficazes e capacidade de trabalho conjunto sobre casos mais complexos.

Quanto ao enquadramento institucional foi possível apurar que todos os GB's em Portugal funcionam de forma voluntária e que é na ótica dos participantes necessária maior divulgação, bem como intervenção por parte de decisores políticos (nas áreas da saúde e educação) no sentido de permitir maior facilidade de acesso aos grupos por parte de estudantes e médicos. A divulgação dos grupos em Portugal tem sido fundamentalmente realizada através de seminários e grupos experimentais e também

através do “passa a palavra” entre colegas, sendo que os resultados indicam que a credibilidade e a confiança mantida nos que divulgam os GB’s parecem influenciar a tomada de decisão de integração (ou pelo menos experimentação) nos Grupos.

Este estudo permitiu caracterizar os GB’s em Portugal e com base nas considerações que foram sendo feitas, apresentamos as proposições que foi possível formular, com base nos resultados, e que concretizam as conclusões gerais do presente trabalho:

P1 – A motivação para a participação em GB’s é evolutiva, sofrendo transformações ao longo do tempo de participação nos mesmos.

P2 – Os diferentes conceitos de GB’s não diferenciam os participantes quanto às motivações subjacentes à sua participação.

P3 – O ajustamento entre os GB’s e o profissional que neles participa é um processo permanente ao longo da vida do grupo.

P4 - Independentemente da baixa normatividade característica dos GB’s, é importante para os membros dos grupos que as normas subjacentes ao processo das sessões Balint sejam respeitadas e essa é uma responsabilidade que atribuem aos facilitadores.

P5 – O significado atribuído pelos membros dos Grupos aos vários momentos que compõem uma sessão de GB é independente do papel que cada um desempenha na sessão (médico que apresenta o caso, ou participante que contribui para a discussão de um caso apresentado por outro colega).

P6 – A concepção que os facilitadores têm do GB reflete-se no seu desempenho.

P7 – Os momentos que os membros dos GB's consideram mais significativos são fundamentalmente aqueles que percebem como dando um contributo nuclear para os aportes que retiram das sessões.

P8 – Os participantes capazes de identificar experiências menos positivas no quadro da sua participação em GB's tendem a atribuir experiências emocionais semelhantes aos colegas que abandonam os Grupos.

P9- A utilização de uma entrevista inicial, baseada na entrevista de seleção mútua de Balint, pode beneficiar o trabalho desenvolvido nos GB's na medida em que contribuirá para uma redução dos médicos que se tornam desistentes ao fim de poucas sessões.

P10 – A credibilidade e a confiança que os participantes têm na pessoa que lhes dá a conhecer a oportunidade de frequentar GB's, influencia positivamente a motivação para a integração nos grupos.

P11 – A comunicação oriunda da hierarquia organizacional relativamente à existência de GB's e aprovação da possibilidade de ajustes nos horários dos médicos para frequência dos Grupos, aumentaria o número de candidatos a participar nos mesmos.

P12 - O envolvimento em GB's impacta positivamente o desenvolvimento pessoal dos participantes.

P13 - O envolvimento em GB's impacta positivamente o desenvolvimento profissional dos médicos participantes, no que concerne à competência de relação com os doentes.

P14 - Independentemente do conceito que o participante tem do que é um GB, o impacto da frequência destes grupos nos participantes, não será afetado por isso.

P15 – O impacto da frequência em GB's é independente do tipo de motivação revelada pelos participantes.

P16 – Os GB's confirmam-se como um processo de desenvolvimento em que os aportes são integrados na compreensão e na ação dos participantes tornando-os progressivamente focados nas questões da relação com os doentes de maior nível de complexidade.

P17 – As experiências mais positivas vividas no âmbito dos GB's são aquelas a que os participantes atribuem influência no seu desempenho no que concerne à relação médico-doente.

As conclusões aqui apresentadas parecem-nos contribuir significativamente para a caracterização dos GB's em Portugal e para a possibilidade de afirmar estes grupos como processo de desenvolvimento profissional contínuo dirigido a médicos. Acreditamos que este conhecimento, tal como sugerem outras investigações já realizadas, e que analisámos ao longo da tese, poderá contribuir para que se conceptualizem e desenvolvam modelos educacionais mais diversificados que permitam aos estudantes e médicos optar pelos processos de desenvolvimento que consideram mais ajustados a si.

Esperamos que os resultados encontrados possam estimular investigações futuras e contribuir para um melhor conhecimento do método Balint e da sua utilidade no que concerne ao desenvolvimento profissional dos médicos relativamente à relação que estabelecem com os doentes, ou seja com a população em geral.

Referências Bibliográficas

- Adams, K., O'Reilly, M., Romm, J. & James, K. (2006). Effect of Balint training on resident professionalism. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 195, 1431-1437. doi:10.1016/j.ajog.2006.07.042
- Al- Bussaidi (2008). Qualitative Research and its Uses in Health Care. *Sultan Qaboos University Medical Journal*, 8(1),11-19.
- Alder, S. (2003). Balint groups with active and guided imagination. In J. Salinsky & H. Otten (Eds.), *Proceedings of the Thirteenth International Balint Congress. The Doctor, the Patient and their well-being – world wide* (164-169). Berlin, Germany: The International Balint Federation
- American Balint Society (2010). *American Balint Society Credentialing Procedures For Balint Group Leaders*. Consultado em www.americanbalintsociety.org
- Arrow, H., Magrath J. & Berdahl J. (2000). Capítulo 2, *Small groups as complex systems*. (pp. 11-32) Thousand Oaks,CA: Sage Publications, Inc.
- Bachmann, Jean-Pierre (2009, September). *The importance of the body in Balint work. Balint Psychodrama*. Paper presented at the Congress of the International Balint Federation, Brasov, Rumania.
- Baker, S.E., & Edwards, R. (2012) *How many qualitative interviews is enough..* national Center for research Methods. (Review paper). Disponível em http://eprints.ncrm.ac.uk/2273/4/how_many_interviews.pdf

- Balint, E., Norell, J.S. (Eds) (1998). *Seis minutos para o doente*. 2ª edição. Coimbra. Climepsi Editores (original publicado em 1973).
- Balint, M. (1998). *O Médico, o seu Doente e a Doença*. Coimbra: Climepsi Editores. (original publicado em 1957).
- Balint, M., Balint, E., Gosling, R. & Hildebrand, P. (2001). *A Study of Doctors*. Oxon: Routledge (original publicado em 1966)
- Bar-Sela, G., Lulav-Grinwald, D., & Mitnik, I. (2012). “ Balint Groups” Meetings for oncology residentes as a tool to improve therapeutic communication skills and reduce burnout level. *Journal of Cancer Education*, 27(4), 786-789. doi: 10.1007/s13187-012-0407-3
- Bauman A., Fardy, J., & Harris P. (2003). Getting it right: why bother with patient-centred care? *The Medical Journal of Australia*, 179, 253-256. Disponível em <https://www.mja.com>
- Beckman, H., Markakis, K., Suchman, A., & Frankel, R. (1994). The Doctor-Patient Relationship and Malpractice Lessons from Plaintiff Depositions [Abstract]. *JAMA Internal Medicine*, 154(12), 1365. doi: 10.1001/archinte.1994.00420120093010
- Bensberg, M. (2007). *Patient Centred Care – Literature Review*. Disponível em <http://www.chpcp.org>
- Benson, J., & Magraith, K. (2005). Professional Practice: Compassion Fatigue and Burnout – the role of Balint Groups. *Australian Family Physician*, 34(6), 497-498.

- Bibace, R. (2004). Groups Facilitate Self-reflective Practice. *Family Medicine*, 36(4), 287-289.
- Bobay, K. (2003). What the Balint group gives to patients from their doctors? In J. Salinsky & H. Otten (Eds.), *Proceedings of the Thirteenth International Balint Congress. The Doctor, the Patient and their well-being – world wide* (92-95). Berlin, Germany: The International Balint Federation.
- Brandão, J. (2007). Relação Médico-doente: sua complexidade e papel dos grupos Balint. *Revista Portuguesa Clínica Geral*, 23, 733-744.
- Brandt, J. (2009). *Grupo Balint: O recomeço para os líderes*. (Tese de doutoramento, Universidade de São Paulo). Disponível em [http:// www.teses.usp.br](http://www.teses.usp.br)
- Brandt, Juan Adolfo (2009). Grupo Balint. Aspectos que marcam a sua especificidade. *Vínculo Revista do NESME – Núcleo de Estudos em Saúde Mental e Psicanálise das Configurações Vinculares*, 6(2), 199-210.
- Bryant, D. (2007). A Balint groups is not just for doctors. *Medicine, Evidence and Emotions, 50 years on... Proceedings of the 15th International Balint Congress* (45-52). Lisbon, Portugal: The Portuguese Association of Balint Groups and The International Balint Federation.
- Caprara, A. , Lins, A. , & Franco, S. (1999). A Relação paciente- médico: para uma humanização da prática médica. *Cadernos de Saúde Pública*. 15(3), 647-654.
- Caprara, A., & Rodrigues, J. (2004). A relação assimétrica médico-doente: repensando o vínculo terapêutico. *Ciência & Saúde Colectiva*, 9 (1), 139-146.

- Carrió, F. B. (s/d). The doctor-patient relationship in a changing world. *Fundación Medicina y Humanidades Médicas*. Abstract disponível em:
<http://www.fundacionmhm.org>
- Cataldo, K.P. , Peeden, K. , Geesey, M. E. , & Dickerson, L.(2005). Association Between Balint Training and Physician Empathy and work satisfaction. *Family Medicine*. 37(5), 328-331.
- Center for Personalized Genetic Medicine from Harvard Medical School (n.d.). What is personalized medicine [online].*Center for Personalized Genetic Medicine from Harvard Medical School Website*. Acedido em Julho 13, 2013, em <http://pcpgm.partners.org/about-us/PM>
- Charon, R. (2001). Narrative Medicine – A Model for Emphy, Reflection, Profession and Trust. *JAMA – Journal American Medical Association*, 286(15), 1897-1902.
- Charon, R. (2005). Attention, Representation, Affiliation. *Narrative*, 13(3), 261-270. doi: 10.1353/nar.1005.0017
- Chen, K., Yang, C., Lien, C., Chiou, H., lin, M., Cheng, H. & Chiu, W. (2013). Burnout, Job Satisfaction, and Medical Malpractice among Physicians. *International Journal of Medical Sciences*, 10(11):1471-1478. doi: 10.7150/ijms.6743.
- Chin, J.J. (2002). Doctor – patient relationship from medical paternalism to enhance autonomy. *Singapore Medical Journal*. 43(3), 152-155.

Cohen, J., Cruess, S. & Davidson, C. (2007). Alliance Between Society and Medicine: The Public's Stake in Medical Professionalism. *JAMA – Journal American Medical Association*. Vol. 298(6), 670-673.

Consortium for Research on Emotional Intelligence in Organization. (s/d). Empathy Training for medical students [online]. *Consortium for Research on Emotional Intelligence in Organization Website*. Acedido em Junho 13, 2010
Disponível em: <http://www.eiconsortium.org>

CPD- Improving Healthcare (2006). *Declaração de Consenso, Desenvolvimento Profissional Contínuo – Melhorar a qualidade de cuidados médicos, assegurando a segurança do paciente*. Disponível em
www.nortemedico.pt/download.php?path=pdf&filename=NMC_2006_29_30_NM29_pag-30-31.pdf

Cruess, R. & Cruess, S. (1997). Teaching Medicine as a Profession in the Service of Healing. *Academic Medicine*, 72(11), 941-952.

Cruess, R., Cruess, L. & Johnston, S. (2000). Professionalism: an Ideal to be sustained. *The Lancet*. 356, 156-159.

Cruess, R., Cruess, L., & Johnston, S. (1999). Renewing Professionalism: An opportunity for Medicine. *Academic Medicine*, 74, 878-884.

Cruess, S., Johnston, S. & Cruess, R. (2002). Professionalism for Medicine: Opportunities and Obligations. *The Iowa Orthopaedic Journal*, 24, 9-14.

Cunha, G. (2009). *Grupos Balint Paidéia: uma contribuição para a co-gestão e a clínica ampliada na Atenção Básica* (Tese de doutoramento, Universidade

Estadual de Campinas). Disponível em
<http://www.bibliotecadigital.unicamp.br>

Das, A., Egleston, P., El –Sahed, H. , Middlemost, M., Pal, N. & Williamson, L.(2003).
Trainees' experiences of a Balint group. *The Psychiatrist*, 27, 274-275. doi:
10.1192/pb.02-384

Davidson, C. : Charter on Medical Professionalism. Where do we go from here?
[Editorial]. (2002). *European Journal of Internal Medicine*, 13, 153.

Davis, D., Thomson, M., Oxman, A. & Haynes, R.B. (1995). Changing Physician
Performance. A Systematic Review of the Effect of Continuing Medical
Education Strategies. *The Journal of the American Medical Association*,
274(9), 700-705. doi: 10.1001/jama.1995.03530090032018

Dock, J. (2005, August). *The legacy of Michael Balint – how did we take care of it in
Sweden?* Paper presented at the International Balint Congress, Stockholm,
Sweden.

dos Santos, N. (2008). Work: Contents and Context. In Otto Numaier/ Gottfried
Schweiger/ Clemens Sedmark (Eds.): *Perspectives on Work* (pp. 73-80).
Wien- Münster: Lrr-Verlag.

dos Santos, N. R. & Pais, L- (2015). Structured actions of intentional development. In
Kraiger, K., Passmore, J. Malvezzi, S. & dos Santos, N. R. (Eds), *The Wiley-
Blackwell Handbook of the psychology of training, personal development and
e-learning*. Chichester, West Sussex: Wiley.

- Drees, Alfred (2003). Prismatic Balint Groups. In J. Salinsky & H. Otten (Eds.), *Proceedings of the Thirteenth International Balint Congress. The Doctor, the Patient and their well-being – world wide* (170-180). Berlin, Germany: The International Balint Federation
- Dyrbye, LN., West, CP., Satele, D., Boone, S., Tan, L., Sloan, J., & Shanafelt, TD. (2014). Burnout among u.s. Medical students, residents, and early career physicians relative to the general U.S. Population. *Academic Medicine*, 89(3), 443-451. Abstract disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24448053>
- e Fernandes, J. (2014, Fevereiro 10). O ensino médico: a reforma necessária. *Público*. Disponível em <http://www.publico.pt>
- e Silva, C., Mendes, R. & Nakamura, E. (2012). A Dimensão da Ética na Pesquisa em Saúde com Ênfase na Abordagem Qualitativa. *Saúde Soc.*,21(1), 32-41.
- Elo, S. & Kyngäs, H. (2008). The qualitative content analysis process. *Journal of Advanced Nursing*, 62(1), 107-115.doi: 10.1111/j.1365-2648.2007.04569.x
- Epstein R.M. (1999). Mindful practice. *JAMA*. 282(9), 833–939. doi:10.1001/jama.282.9.833
- Epstein, R.M., & Street, R.L. (2007) *In Patient-centered communication in cancer care: promoting healing and reducing suffering*. National Cancer Institute.
- EQUIP & EURACT (2002). *Desenvolvimento Profissional Contínuo em Cuidados de saúde Primários- Integração do Desenvolvimento da Qualidade com a Educação Médica Contínua*. Disponível em www.apmcg.pt

- Ericsson K.A. (2003). Deliberate practice and the acquisition and maintenance of expert performance in medicine and related domains. *Academic Medicine*,79(10), 570-581.
- Fairhurst, K.; May, C. (2006). What General Practitioners Find Satisfying in Their Work: Implications for Health Care System Reform. *Annals of Family Medicine*. 4(6), 500-505. doi: 10.1370/afm.565
- Fallowfield, L., Lipkin, M., & Hall, A. (1998). *Teaching Senior Oncologists Communication Skills: Results from phase I of a Comprehensive longitudinal Program in the United Kingdom*. *Journal of Clinical Oncology*, 16(5), 1961-1968.
- Filho, J. (2007). Relação médico-paciente: a essência perdida. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, 11(23), 631-635.
- Fitzgerald, G. & Hunter, M. (2003). Organizing and evaluating a Balint group for trainees in psychiatry. *Psychiatric Bulletin*. (27) 434-436.
- Fleet, L., Kirby, F., Cutler, S., Dunikowski, L., Nasmith, L., & Shaugnessy, R. (2008). Continuing professional development and social accountability: A review of the literature. *Journal of Interprofessional Care*, 22(S1), 15-29. doi: 10.1080/13561820802028360
- Flocke, S., Williams, L., Miller, M.D., & Crabtree, B. (2002). Relationships between physician practice style, patient satisfaction and attributes of primary care. *The Journal of Family Practice*, 51(10), 835-840. Disponível em:

http://www.ecardiologynews.com/fileadmin/jfp_archive/pdf/5110/5110JFP_OriginalResearch2.pdf

Flowers, L. (2005). The missing Curriculum: Experience with emotional competence education and training for premedical and medical students. *Journal of the National Medical Association*, 97(9), 1280-1287. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2594773/pdf/jnma00298-0074.pdf>

Flowers, L. (2006). Diversity as an opportunity for emotional competence development. Disponível em www.eqdynamics.org

Gardner, H. (1999). *Intelligence Reframed*. New York: Basic Books

Ghetti, C., Chang, J., & Gosman, G. (2009). Burnout, Psychological Skills, and Empathy: Balint Training in Obstetrics and Gynecology Residents. *Journal of Graduate Medical Education*, 231-235. doi: 10.4300/JGME-D-09-00049.1

Gillespie, R., Florin, D., & Gillam, S. (2002). Changing relationships: findings of the patient involvement project. (Kings Fund Research). Disponível em <http://www.kingsfund.org.uk>

Gläser, J. & Laudel, G. (2013). Life With and Without Coding: two Methods for Early-Stage data Analysis in Qualitative Research Aiming at causal Explanations. *Forum: Qualitative Social Research*, 14(2), Art. 5, disponível em <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0114-fqs130254>.

Goleman, D. (2000) (2ªEd). *Trabalhar com Inteligência Emocional*. Lisboa: Temas e Debates

- Gomes, L. (2008a). A Educação Médica Contínua e o Desenvolvimento Profissional Contínuo em MGF- Tempo de Decisões. *Barlavento Médico*, 1(2), 41-42. Disponível em http://www.chbargarvio.minsaude.pt/Downloads_HSA/CHBAIlg/Barlavento%20Medico/BM2/17628_brochura%20revista%20clinica%20barlavento%20medico_12.pdf
- Gomes, L. (2008b). Plano Regional de Educação Médica Contínua do Algarve (EMCAL). Portimão. Disponível em http://www.arsalgarve.minsaude.pt/site/imagens/centrodocs/Plano_EMCAL.pdf
- González, N. & Dorantes, P.(2007). Elementos para pensar en la atención médica y en la relación médico-paciente: un acercamiento “histórico”. *Espacios Públicos*, 10(20), 386-399. Disponível em <http://www.redalyc.org>
- Graneheim, U. & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24, 105-112 .doi:10.1016/j.nedt.2003.10.001
- Gubrium, J. & Holstein, J. (Ed.) (2001). *Handbook of interview research*, London: Sage.
- Gutiérrez, F. (2002). Encuentros y desencuentros entre la perspectiva cualitativa y la cuantitativa en la historia de la medicina. *Revista Española de Salud Pública*, 76(5), 395-408. Disponível em <http://www.redalyc.org>

- Harris, C. (1989). Seeing sunflowers: the William Pickles lecture. *Journal of the Royal College of General Practitioners*, 39, 313-319. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1711989/pdf/jroyalcgprac00008-0006.pdf>
- Henochowicz, S. & Hetherington, D. (2005) Leadership coaching in health care. *Leadership and Organization Development Journal*, 27(3), 183-189. doi:10.1108/01437730610657703
- Henry, S., Zaner, R., & Dittus, R. (2007). Moving Beyond Evidence –Based Medicine. *Academic Medicine*, 82(3), 292-297.
- Holman, H., & Lorig, K.: Patients as partners in meaning chronic disease [Editorial]. (2000). *British Medical Journal*, 320, 526-527.
- Horowitz, C., Schuman, A., Branch Jr., W. & Frankel, R. (2003). What do doctors find meaningful about their work?. *Annals of Internal Medicine*, 138(9), 772-775.
- Hull, S.(1996). The method of Balint Group work and its contribution to research in general practice [Suppl.1]. *Family Practice*,13, 10-12.
- Instituto do Emprego e Formação Profissional – Versão 1994 (2001). *Classificação Nacional de Profissões*. 2ªedição. Lisboa: IEFP.
- Jablonski, H. (2003). Defining Balint work. In J. Salinsky & H. Otten (Eds.), *Proceedings of the Thirteenth International Balint Congress. The Doctor, the Patient and their well-being – world wide* (71-84). Berlin, Germany: The International Balint Federation

- Jablonski, H. (2010). Meeting with the patient: between fascination and routine, certainty and doubt – how do doctors cope and develop emotionally and cognitively. *Primary Care*, 10(10), 185-186.
- Jablonski, H., Kjeldmand, D. & Salinsky, J. (2013). Balint Groups and Peer Supervision. In Lucia Siegel Sommers/ John Launer (Eds). *Clinical Uncertainty in Primary Care* (73- 93). Springer.
- Jayadevappa, R. & Chhatre, S. (2011). Patient Centered Care – A conceptual model and Review of the State of the Art. *The Open Health Services and Policy Journal*. 4, 15-25.
- Johnson, A. H. (2001). The Balint Movement in America. *Family Medicine*, 33(3), 174-177.
- Johnson, A.H., Brock, C.D. & Hueston, W. J. (2003). Resident physicians who continue Balint training: A longitudinal study 1982-1999. *Family Medicine*, 35(6), 428-433.
- Johnson, A.H., Nease D., Milberg L., & Addison R. (2004). Essential Characteristics of Effective Balint Group Leadership. *Family Medicine*, 36(4), 253-259.
- Johnson, K. P., Brock, C. D., Hamadeh, G. & Stock, R. (2001). The Current Status of Balint Groups in US Family Practice Residences: A 10 year follow-up Study, 1990-2000. *Family Medicine*. 33(9), 672-677.
- Keeton, K., Fenner, D., Johnson, T. & Hayword, R. (2007). Predictors of Physician Career Satisfaction, Work–Life Balance, and Burnout. *Obstetrics & Gynecology*, 109(4), 949-955. Disponível em <http://www.oblaborist.org>

Kjeldmand, D. & Glaser, K. (2007). When Balint groups work less well. In APGB & IBF (Eds.), *Medicine, Evidence and Emotions, 50 years on... Proceedings of the 15th International Balint Congress* (39-42). Lisbon, Portugal: The Portuguese Association of Balint Groups and The International Balint Federation

Kjeldmand, D. Holmström, I. & Rosenqvist, U. (2003). Balint training makes GPs thrive better in their job. *Patient Education and Counseling*, 55, 230-235. doi:10.1016/j.pec.2003.09.009

Kjeldmand, D.(2006). *The doctor, the task and the group: Balint groups as a means of developing new understanding in the physician- patient relationship* (Tese de doutoramento, Uppsala Universitet). Disponível em: www.diva-portal.org/diva/getDocument?turn_nbn_se_uu_diva-6937-1_fulltext.pdf

Kjeldmand, D., Holmström, I. (2008). Balint Groups as a Means to Increase Job Satisfaction and Prevent Burnout among General Practitioners. *Annals of Family Medicine*, 6(2), 138-145.

Kjeldmand, D., Holmström, I. (2010). Difficulties in Balint groups: a qualitative study of leaders experiences. *British Journal of General Practice*, 60, 808-814.doi: 10.3399/bjgp10X532585

Kjeldmand, D.; Jablonski, H., & Salinsky, J. (2013) Research on Balint Groups. In Lucia Siegel Sommers/ John Launer (Eds). *Clinical Uncertainty in Primary Care* (95- 116). Springer.

- Krasner, M.; Epstein, R., Beckman, H., Suchman, A., Chapman, B., Mooney, C. & Quill, T. (2010). Association of an educational program in Mindful communication with burnout, empathy and attitudes among primary care physicians. *JAMA – The Journal of American Medical Association*, 302(12), 1284-1293.
doi:10.1001/jama.2009.1384
- Lakasing, E. (2005). Michael Balint – an outstanding medical life. *British Journal of General Practice*, 55(518), 724-725. Disponível em <http://intl.bjgp.org>.
- Lambert, L. (2010). *Postscript to* [peer commentary on the paper “Classic Balint group Work and the Thinking of W. R. Bion: How Balint Work Increases the Ability to Think One’s own thoughts’ by Ulrich Rütth”]. Disponível em <http://7/gaq.sagepub.com>
- Lau, D.H. (2002). Patient empowerment – a patient-centered approach to improve care. *Hong Kong Medical Journal*, 8(5), 372-374. Disponível em http://www.hkmj.org/article_pdfs/hkm0210p372.pdf
- Lavinha, A. (2006). Metodologia Balint – Um modelo ecológico? [Suplemento sobre relação com o paciente] *Jornal Médico de Família*, 109(8), 1.
- Levinson, W., Lesser, C. & Epstein, R. (2010). Developing Physician Communication Skills for Patient-Centered Care. *Health Affairs*, 29(7), 1310-1318. doi:10.1377/hlthaff.2009.0450
- Lichtenstein, A. & Lustig, M. (2006). Integrating intuition and reasoning – How Balint groups can help medical decision making. *Australian Family Physician*, 35(12), 987-989.

- Lings, P., Evans, P. , Seamark, D. Seamark, C. , Sweeney, K. , Dixon, M., & Gray, D. P. (2003). The doctor-patient relation in US primary care. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 96(4), 180-184.
- Lobo Antunes, J. (1998). Três Culturas. *Análise Social*, 38 (146-146), 563-582.
- Lobo Antunes, J. (2003). A Profissão de Médico. *Análise Social*, 38 (166), 77-99.
- Lobo Antunes, J. (2012). *A Nova Medicina*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- Lopes, R. & Santos, F. (2008). Intencionalidade na comunicação em Grupos Balint. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 24, 519-525.
- Lustig, M. (2006). Balint Groups – an Australian Perspective. *Australian Family Physician*, 35(8), 639-641.
- Macedo, A. & Azevedo, M.H. (2009). Relação Médico- Doente. In Freire de Oliveira, C. (Eds.), *Manual de Ginecologia*, (1-20). Portugal: Permanyer.
- Machado, H. (2003). *Ciência e Humanismo- Novo Paradigma da relação Médico-doente*. Coimbra: Livraria Almedina.
- Machado, J.A. (2013, Maio 18). Humanismo em saúde. *Expresso*. Consultado em <http://www.expresso.sapo.pt>
- Maio, I. (2008). O Médico, o seu doente e...Balint. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 24, 496-501.
- Malterud, K. (2001). Qualitative research: standards, challenges, and guidelines. *The Lancet*, 358(9280), 483-488. Doi:10.1016/S0140-6736(01)05627-6

Maoz, B., Rabin, S., & Matalon, A. (2007). The conflict between Balint research – and the Balint experience in Israel. In APGB & IBF (Eds.), *Medicine, Evidence and Emotions, 50 years on... Proceedings of the 15th International Balint Congress* (29-32). Lisbon, Portugal: The Portuguese Association of Balint Groups and The International Balint Federation

Margalit, A., Glick, S., Benbassat, J., Cohen, A. & Katz, M. (2005). Promoting a biopsychosocial orientation in family practice: Effect of two teaching programs on the knowledge and attitudes of practicing primary care physicians. *Medical Teacher*, 27(7), 613-618.

Marques, M. S. (2005). Os Laços Sem-Fim e os desafios da medicina. *Acta Médica Portuguesa*, 18, 353-370.

Marshall, C. & Rossman, G. (1995). *Designing Qualitative Research*. Disponível em <http://www.sagepub.com>

Matos – Ferreira, A. (1994). Educação Médica Pós-graduada e Educação Médica Contínua. *Acta Médica Portuguesa*, 7, 243-254.

Matos - Ferreira, A. (2007). Educação médica Contínua e Desenvolvimento Profissional Contínuo: Um Sistema de créditos destinados à monitorização e promoção da excelência. *Revista Lusófona de Ciências e Tecnologias da Saúde*. 4(2), 156-165.

Mayring, P. (2000). Qualitative Content Analysis [28 paragraphs]. *Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research*, 1(2), Art. 20, <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0114-fqs0002204>.

- McGroarty, S. (2011). Balint Groups: Does membership matter? In Addison,R. (Eds.), *Prodeedings of the 17th International Balint Congress* (90-95). Philadelphia, Pennsylvania, USA: The American Balint Society & The International Balint Federation.
- McMannus, IC., Keeling, A. & Paice, E.(2004). Stress, burnout and doctors' attitudes to work are determined by personality and learning style: A twelve year longitudinal study of UK medical graduates. *BMC Medicine*, 2:29.
doi:10.1186/1741-7015-2-29
- Mead, N. & Bower, P. (2000). Patient Centredness: a conceptual framework and review of empirical literature. *Social Science & Medicine*. 51(7), 1087-1110.
- Mead, N. & Bower, P. (2002). Patient-centered consultations and outcomes in primary care: a review of literature. *Patient Education and Conseling.*, 48 (1), 51-61.
- Merenstein, J. & Chillag, K. (1999). Balint Seminar Leaders: What Do They Do? *Family Medicine*, 31(3),182-186.
- Metzer, E. (2011). Driving Lessons. In Addison,R. (Eds.), *Prodeedings of the 17th International Balint Congress* (28-33). Philadelphia, Pennsylvania, USA: The American Balint Society & The International Balint Federation.
- Meumann, F. (2013, Junho). Freedom to conjecture within the Balint group: Powerfull supervision for menthal health professionals. In Christine Senediack (Chair), *Advances in Clinical Supervision – Innovation and Practice*. Conference Monograph from Advances in Clinical Supervision Conference, Sydney, Australia.

- Miguel, F. (2010). A Entrevista como Instrumento para investigação em Pesquisas Qualitativas no Campo da Linguística Aplicada. *Revista Odisseia - PPgEL/UFRN*, 5.
- Milberg, L. (2011). The evolution of Balint leader training and credentialing in the american Balint society. In Richard Addison and the Scientific Committee (Eds.), *Proceedings of the 17th internacional Balint Congress* (pp. 61-67). Philadelphia, Pennsylvania, USA: American Balint Society and International Balint Federation.
- Moreno, R., Caixinha, J.P., Matos, R. & Fevereiro, T. (1998). Medicina baseada na evidência e meta-análise: à procura do Santo Graal. *Medicina Interna*, 5(2), 139-141. Disponível em <http://repositorio.chlc.min-saude.pt/handle/10400.17/1236>
- Motowidlo, S. (2003). Job Performance. In I. B. Weiner, W. C. Borman, D. R. Ilgen, R.J. Klimoski (Eds.), *Handbook of Psychology Industrial and Organizational* (pp.39 – 53). New Jersey: John Wiley & Sons, Inc.
- Mozzato, A., & Grzybovski, D. (2011). Análise de Conteúdo como Técnica de Análise de Dados Qualitativos no Campo da Administração: Potencial e Desafios. *RAC*, 15(4), 731-747.
- Musham, C. & Brock, C.D., (1994). Family practice residents' perspectives on Balint group training: in-depth interviews with frequent and infrequent attenders. *Family Medicine*, 26(6), 382-386.

Nease, D., Margo, K. & Floyd, M. (2007) Family medicine trainees' perspectives on the role of emotion and empathy. In APGB & IBF (Eds.), *Medicine, Evidence and Emotions, 50 years on... Proceedings of the 15th International Balint Congress* (33-36). Lisbon, Portugal: The Portuguese Association of Balint Groups and The International Balint Federation

Nease, Donald (2007). Mutiny on the Balint? A reflection on the relevance of Balint 50 years hence. *Family Medicine*, (39)7, 510-511.

Nielsen, H.(2003). The general practitioner as a group leader. In Salinsky, J. & Otten, H. (Eds.), *The doctor, the patient and their well-being – worldwide, proceedings of the Thirteenth International Balint Congress* (pp. 162-163). Berlin, Germany: The International Balint Federation

Orb, A., Eisenhauer, L. & Wynaden, D. (2001). Ethics in Qualitative Research. *Journal of Nursing Scholarship*, 33(1), 93-96.

Parker, V. (2010). OPEN SPACE – A counsellor's personal reflection on facilitating a "Balint Group" for GP's. *Psychodynamic Practice*, 16(1), 79-88. doi: 10.1080/14753630903457962

Paúl, C., & Fonseca, A. (2001). *Psicossociologia da Saúde*. Coimbra: Climepsi Editores.

Perry, Z., Lauden, A. & Arbelle, S. (2013). Emotional processing – The Use of Balint Groups for Medical Students as a Means for Improving Interpersonal and Communication Skills and Competence. *Annals of Behavioral Science and Medical Education*. Disponível em [http:// www.absame.org](http://www.absame.org)

- Pinder, R., McKee, A., Sackin, P., Salinsky, J. Samuel, O., & Suckling, H. (2006). Talking about my patient [Foreword]. *Occasional Paper Series (Royal College of General Practitioners)*, 87. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2560909/>
- Platt, F., Coulehan, J., Fox, L., Adler, A., Weston, W., Smith, R., & Stewart, M.(2001). “Tell me about yourself”: the patient-centred interview. *Annals of Internal Medicine*, 134(11),1079-1085.
- Pratt, M.G. (2009). For the lack of a boilerplate: Tips on writing up (and reviewing) qualitative research. *Academy of Management Journal*, 52(5): 856–862.
- Razavi, D., Merckaert, I., Marchal, S., Libert, Y., Conradt, S., Boniver, J. & Delvaux, N. (2003). How to optimize physicians communication skills in cancer care: results of a randomized study assessing the usefulness of post training consolation workshops. *Journal of Clinical Oncology*, 21(16), 3141 – 3149.
- Rego, S. (2012) O Profissionalismo e a Formação Médica [Editorial]. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 36 (4), 445-446.
- Richards, H. & Schwartz, L. (2002). Ethics of qualitative research: are there special issues for health services research? *Family Practice*, 9(2), 135-139.
- Roberts, M. (2012). Balint groups - A tool for personal and professional resilience. *Canadian Family Physician*, 58, 245.
- Robson, C. (2002). Real World Research. A Resource for Social Scientists and Practitioners-Researchers. 2nd edition. Oxford: Blacwell Publishers. (original publicado em 1993).

- Runkle, C., Morgan, L., & Lipsitt, E. (2006). Does Anyone Have a Case? The Balint Group Experience. *The Permanente Journal*, 10(1), 59-60.
- Ryynänen, K. (2001). *Constructing Physicians's professional identity – explorations of students critical Experiences in Medical Education* (Doctoral dissertation).
Disponível em: <http://herkules.oulu.fi/isbn9514265211/isbn9514265211.pdf>
- Saarni, C. (2002). Competência emocional: uma perspectiva evolutiva. In Bar-On, R. , Parker, J. D. A. (Eds.) *Manual de Inteligência Emocional* (pp. 65-80). Porto Alegre: Artmed Editora.
- Salinsky, J. & Sackin, P. (2004). *Médicos com Emoções*, Lisboa: Fundação Grünenthal.
(original publicado em 2000)
- Salinsky, J. (2002). The Balint Movement worldwide: present state and future outlook: a brief history of Balint around the world [Abstract]. *The American Journal of Psychoanalysis*, 62(4), 327.
- Salinsky, J. (2003). The history of the Balint Movement. In J. Salinsky & H. Otten (Eds.), *Proceedings of the Thirteenth International Balint Congress. The Doctor, the Patient and their well-being – world wide* (11-16). Berlin, Germany: The International Balint Federation
- Salinsky, J. (2007). Aims and expectations: how Balint groups changed in 57 years. In APGB & IBF (Eds.), *Medicine, Evidence and Emotions, 50 years on... Proceedings of the 15th International Balint Congress* (9-13). Lisbon, Portugal: The Portuguese Association of Balint Groups and The International Balint Federation

- Schilling (2006). On The Pragmatics of Qualitative Assessment: Designing the Process for Content Analysis. *European Journal of Psychological Assessment*, 22(1), 28-37. doi: 10.1027/1015-5759.22.1.28
- Seixas, C. (2007). Balint groups with psychology student: Report of a 5 year experience. In APGB & IBF (Eds.), *Medicine, Evidence and Emotions, 50 years on... Proceedings of the 15th International Balint Congress* (109-110). Lisbon, Portugal: The Portuguese Association of Balint Groups and The International Balint Federation
- Sekers, M., Chernoff, M., Lynch Jr, T.; Kasendorf, E., Lasser, D.& Greenberg, D. (2003). The Impact of a Physician Awareness Group and the First Year of Training on Hematology-Oncology Fellows. *Journal of Clinical Oncology*, 21(19), 3676-3682. doi: 10.1200/JCO.2003.12.014
- Serra, M. (2008). Educação Médica Contínua – Motivações e Metodologias de Ensino-Aprendizagem. *Cadernos de Saúde*, 1(2), 103-133
- Shorer, Y., Rabin, S., Biderman, A., Shiber, A., Ben-Zion, Y., Nadav, M. & Maoz, B. (2007). In APGB & IBF (Eds.), *Medicine, Evidence and Emotions, 50 years on... Proceedings of the 15th International Balint Congress* (9-13). Lisbon, Portugal: The Portuguese Association of Balint Groups and The International Balint Federation
- Silva, H. (2010). La Relación médico-paciente. *MediSur*, 8 (5), 41-44. Disponível em www-redalyc.org

- Silva, S. (2006). Crescer como pessoa e como médico. [Suplemento sobre relação com o paciente] *Jornal Médico de Família*, 109(8), 2.
- Silverman, D. (2001) *Interpreting Qualitative Data – Methods for Analysing Talk, Text and Interaction* (2ª ed.). London: SAGE Publications. (Original publicado em 1993)
- Smith, J. (Ed.)(2008). *Qualitative Psychology – A Practical Guide to Research Methods* (2nd Ed.). London: Sage.
- Smith, M., Litts, W., Robbiano, L., Hoin, J., Nathan, R. & Bont, E. (1993). Using a Balint like Group for Geriatric Education in a Nursing Home Setting. *Educational Gerontology*, 19(7), 597-606. doi: 10.1080/0360127930190702
- Sox, H. (2002). Medical Professionalism in the New millenium: A Physician Charter. *Annals of Internal Medicine*, 136(3), 243-246. Disponível em <http://www.abimfoundation.org>
- Sternlieb, J. (2011). From doctors and patients to clergy and congregants. In Richard Addison and the Scientific Committee (Eds.), *Proceedings of the 17th internacional Balint Congress* (pp. 96-101). Philadelphia, Pennsylvania, USA: American Balint Society and International Balint Federation.
- Stewart, H. (2002). Michael Balint: an overview. *American Journal of Psychoanalysis*. 62(1): 37-52. doi: 0002-9548020300-0337/1
- Strümpfer, D. (2003). Resilience and burnout: A stich that could save nine. *South African Journal of Psychology*, 33(2), 69-79.

- Szasz, T., & Hollender, M. (1956). A Contribution to the Philosophy of Medicine the Basic Models of the Doctor-patient Relationship. *JAMA Internal Medicine*, 97(5), 585-592. doi: 10.1001/archinte.1956.00250230079008
- Tizón, J. L. (2005). Sobre los Grupos Balint, el movimiento Balint y el cuidado de la relación médico-paciente. *Hemeroteca de atención primaria*. 36(8) 453-455.
- Travaline, J., Ruchinskas, R. & D'Alonzo, G. (2005). Patient-Physician Communication: Why and How. *JAOA Clinical Practice*, 105(1), 13-18. Disponível em: <http://www.jaoa.org>
- Turner, A., & Malm, R. (2004). A Preliminary Investigation of Balint and Non-Balint Behavioral Medicine Training. *Family Medicine*, 36(2), 114-117.
- Turner, D. (2010). Qualitative Interview Design: A Practical Guide for Novice Investigators. *The Qualitative Report*, 15(3),754-760. Disponível em <http://www.nova.edu/ssss/QR/QR15-3/qid.pdf>
- Valk, M. & Oostrom, C. (2007). Burnout in the medical profession – Causes, Consequences and Solutions. *Occupational Health at Work*, 3(6), 1-5. Disponível em <http://www.intermedic.nl/pdf/Proof.pdf>
- Veloso, A. (2005). Acerca da Medicina Baseada na Evidência [online]. *Centro de Filosofia das Ciências da Universidade de Lisboa Website*. Acedido Janeiro13, 2014, em <http://cfcul.fc.ul.pt/biblioteca/online/pdf/antoniobveloso/medicinaevidencia.pdf>

- Veress, A., Pantea, V. & Veress, E. (2007). Burnout syndrome – comparative investigation between family physicians with/without Balint training. In APGB & IBF (Eds.), *Medicine, Evidence and Emotions, 50 years on... Proceedings of the 15th International Balint Congress* (9-13). Lisbon, Portugal: The Portuguese Association of Balint Groups and The International Balint Federation
- von Fragstein, M. , Silverman, J. , Cushing, A. , Quilligan, S. , Salisbury, H., & Wiskin, C. (2008). UK consensus statement on the content of communication curricula in undergraduate medical education. *Medical Education*, 42, 1100-1107. doi: 10.1111/j.1365-2923.2008.03137.x
- Wilke, G. (2005). Beyond Balint: A Group-analytic Support Model for Traumatized Doctors. *Group Analysis*. 38, 265-280. doi: 10.1177/0533316405052383
- Williams, C. , Cantillon, P & Cochrane, M. (2001). The doctor – patient relationship: from undergraduate assumptions to pre-registration reality. *Medical Education*. 35, 743-747.
- Wong, S., & Lee, A. (2006). Communication skills and doctor patient relationship. *The Hong-Kong medical diary*, 11(3), 7-9. Disponível em <http://pcpgm.partners.org/about-us/PM>

ANEXOS

ANEXO A

Guião da Entrevista

Guião de Entrevista

1- Quais os momentos que considera mais significativos, nas sessões dos Grupos Balint? Porque razões são esses momentos os mais significativos para si?

[Na resposta espera-se que sejam indicadas ações (momentos) inerentes às sessões de Grupos Balint, e que por alguma razão o entrevistado realça.]

2- Descreva-me uma situação em que considere que o facto de participar em Grupos Balint teve influência direta no seu desempenho.

[Na resposta espera-se que seja descrita:

- uma relação entre o médico e um doente.
- o(s) aspeto(s) da relação que o médico acredita que sofreram mudanças devido à sua participação em Grupos Balint
- a motivação subjacente à ação do médico no aspeto específico descrito.
- Características que atribui ao grupo Balint e que percebe como tendo tido influência na relação com o doente que refere.]

3- Que impacto percebe em si, que atribui à sua participação nos GB?

[Na resposta espera-se que sejam referidos:

- os resultados da participação nestes Grupos.
- o impacto diferente consoante o papel que se desempenha durante a sessão (apresentar caso, discutir caso dos colegas)
- o impacto diferente consoante se intervém enquanto facilitador ou como participante.
- o que o entrevistado refere como sendo o mais importante para si, decorrente da sua participação nestes grupos.

Em caso de ausência de algum destes aspetos na resposta, serão especificamente questionados.]

4- Descreva-me uma situação em que participar num GB não tenha sido uma boa experiência...

[Na resposta espera-se que seja descrita:

- uma situação pessoal, vivida no seio de um GB, sentida como desconfortável.
- as emoções negativas associadas à situação e vividas pelo entrevistado.
- as características da situação a que atribui o facto de ter experimentado uma experiência que identifica como negativa, no seio de um grupo Balint.]

5- Lembra-se de pessoas que tenham abandonado o grupo? Questiona-se porque o terão feito? Que motivos atribui a estas desistências?

[Na resposta espera-se que:

- os participantes se reportem a situações de desistência(s) de outro(s) elementos do GB em que estavam integrados.
- façam referência ao impacto que este(s) acontecimento(s) tiveram em si.
- a(s) motivação(ões) a que atribuem a(s) desistências.]

6- O que são para si os Grupos Balint?

[Notas para o entrevistador: Na resposta espera-se que indique:

- O conceito de Grupos Balint que o entrevistado tem;
- Os principais objectivos dos Grupos Balint;
- E o que é um médico Balint, na perspectiva do entrevistado;
- Caracterização dos Grupos Balint Portugueses

Em caso de ausência de algum destes aspectos na resposta, os entrevistados serão especificamente questionados.]

7- Que funções atribui aos líderes/facilitadores dos GB?

[Na resposta espera-se que o entrevistado descreva:

- aquelas que considera serem as principais funções de um facilitador num GB.
- os resultados do desempenho dos facilitadores.
- o impacto do desempenho dos líderes nos participantes.]

8- Já sentiu mudanças no seu grupo, com o decorrer do tempo? Se sim, como as descreveria? Que efeitos tiveram estas em si? E nos restantes participantes?

[Na resposta espera-se que o entrevistado refira:

- Mudanças no grupo, ao longo do tempo.
- Efeitos do trabalho contínuo, com o mesmo grupo de pessoas.
- Mudanças na qualidade do trabalho em grupo, ao longo do tempo.]

9- Há alguma questão que não tenha sido colocada, ao longo da entrevista, mas que considerasse que devia ter sido feita?

[Na resposta espera-se que o participante, reflita sobre a possibilidade de ter faltado à entrevista, alguma questão que considere importante sobre a sua vivência nos GB. Em caso afirmativo, é solicitado ao entrevistado que indique a questão e a resposta à mesma.]

10- Há mais algum ponto que queira referir?

[Agradecemos o tempo e disponibilidade para responder a esta entrevista, e gostaríamos que continuasse disponível para um contacto posterior, caso tal se venha a verificar importante, na continuidade da investigação.]

ANEXO B

Consentimento Informado

Estudo sobre Grupos Balint em Portugal

Consentimento Informado

Objectivos: A presente investigação visa, de uma forma geral, caracterizar o(s) Grupos Balint em Portugal, os processo(s) que lhes são intrínsecos, e o impacto nos seus participantes, na perspectiva destes profissionais.

Participantes: Será recolhida informação junto de participantes dos Grupos Balint em actividade actualmente em Portugal e também dos seus facilitadores/líderes. A participação é inteiramente voluntária.

A **equipa de investigação** compromete-se a:

- a) Conduzir a investigação de acordo com os parâmetros de qualidade preconizados pela comunidade científica da especialidade (Código Deontológico da Ordem dos Psicólogos Portugueses);
- b) Informar os participantes relativamente aos objectivos da investigação, bem como ao tempo que se espera necessário para realização da entrevista.
- c) Garantir total confidencialidade sobre os dados fornecidos pelos participantes;
- d) Impedir qualquer divulgação de informação referente aos participantes e às organizações onde estes exercem a sua actividade profissional, exteriormente à equipa de investigação;
- e) Devolver aos participantes os resultados do trabalho realizado;
- f) Utilizar os dados fornecidos pelos participantes apenas para fins de investigação.
- g) Prestar quaisquer esclarecimentos aos participantes no processo, acerca do decorrer da investigação.
- h) Garantir que em qualquer momento e por qualquer motivo à possível aos participantes desistirem de colaborar neste projecto.

O **Participante** compromete-se a:

- a) Aceitar ser entrevistado uma vez, com registo áudio da entrevista, sobre o seu percurso profissional e a sua participação em Grupos Balint.

A Investigadora Responsável

O Orientador Científico

(Rita Tavares Fonseca)

(Prof Dr. Nuno Rebelo dos Santos)

O Participante

_____, __ de _____ de 201_

(Assinatura)

Contacto:

Rita Tavares Fonseca rita.tavares.fonseca@gmail.com: 966078518

ANEXO C

Guião para Caracterização dos Entrevistados



Caracterização do entrevistado:

1 - Género

- Masculino

- Feminino

2 - Data de nascimento

3 - Qual a sua profissão

-Estudante Qual o ano que frequenta?

-Médico Interno Ano de internato que frequenta?

-Especialista Assistente

-Assistente Graduado

4 - Exerce a sua profissão há quanto tempo?

5 - Qual a sua especialidade?

6 - Atualmente exerce em que contexto(s)?

7 - Em que distrito?

8 - Já esteve integrado em outros contextos profissionais?

9 - Desde que está envolvido em Grupos Balint, em que contextos profissionais tem exercido?

10 - A que Grupo Balint pertence atualmente? Há quanto tempo?

11 - Já participou em outro(s) Grupos Balint, para além do que está integrado atualmente.

No caso dos facilitadores, incluir:

12 - Fale-me um pouco acerca do seu percurso em Grupos Balint até se tornar facilitador...

(Antes de se ter tornado facilitador, frequentou Grupos Balint? Quantos? Quais? Durante quanto tempo?)

13 - E atualmente... que grupos facilita? Há quanto tempo?

14 - Já facilitou outros grupos? Quais? Durante quanto tempo facilitou cada um deles?

15 - Continua a frequentar algum Grupo Balint onde não desempenhe o papel de facilitador?

16 - A sua credenciação como facilitador foi obtida:

- Experiência adquirida através da participação em Grupos Balint ao longo do tempo.
- Formação/workshops realizados no estrangeiro, sobre temáticas intrínsecas ao trabalho Balint
- Formação específica, com vista à aquisição das competências e reconhecimento enquanto facilitador
- Por convite

ANEXO D

Declaração de Participação



Declaração

Para os devidos efeitos declaramos que _____ participou na investigação “*Grupos Balint –Um Processo de Desenvolvimento Profissional Contínuo na Profissão Médica*”, disponibilizando-se para integrar o conjunto de participantes entrevistados sobre as suas vivências nos referidos grupos.

Esta investigação surge integrada num processo de doutoramento em Psicologia, na Universidade de Évora e por ser verdade e nos ter sido pedido, confere-se a presente declaração.

Mês e Ano

Os responsáveis pela investigação:

A Doutoranda

O Orientador

(Rita Tavares Fonseca)

(Prof. Doutor Nuno Rebelo dos Santos)

ANEXO E

Sistema de Categorías

