



Coordenadora do curso:
Profa. Simone Van De Sande Lee

Subcoordenador do curso:
Prof. Evaldo dos Santos

Chefe de Expediente:
Lucas Indalêncio de Campos

Editor do Boletim:
Prof. Fabricio de Souza Neves
fabricio.souza.neves@ufsc.br

Coordenadoria do Curso de Medicina
Campus da UFSC - Bloco didático-pedagógico do Hospital
Universitário (1º andar) – Trindade, Florianópolis, SC
CEP 88040-970
medicina@contato.ufsc.br www.medicina.ufsc.br
(48) 3721-2282

BOLETIM do CURSO DE MEDICINA da UFSC

Junho 2018

Volume 4 – número 6

ISSN 2594-6811

Nesta edição

Revisões

Dattoli VCC, Tannus BG
Grupos Balint e o processo de aprendizagem em medicina.....2

Relatos de Casos do Hospital Universitário Prof. Polydoro Ernani de São Thiago

Pelandré GL, Nobre LFS
Uma sessão interativa de casos em radiologia torácica – Parte 1.....8

Ensaio

Neves FB
Então... Acho que a criança morreu!.....15

Aviso aos estudantes: AVALIEM SEU CURSO!

Existe na UFSC um sistema via internet para que os alunos avaliem seus cursos, elaborado pela Comissão Própria de Avaliação (CPA). Trata-se do único registro de avaliação dos alunos que é reconhecido pelo MEC para implantação de mudanças curriculares. A avaliação do curso de Medicina tem duas limitações importantes:

- 1) A baixa adesão dos alunos: trata-se de um dos cursos com menor participação na Universidade. Uma amostra pequena pode gerar resultados desviados em relação ao conjunto da comunidade de alunos. A solução para isso é a participação maciça dos alunos (como deve ser em todo processo de consulta, eleitoral, etc.). Por isso, OPINE!
- 2) O sistema foi montado para disciplinas simples, e não para módulos com múltiplos conteúdos, como é o curso de Medicina. Por isso, ao gerar sua avaliação, evite dar uma nota ruim para o módulo em geral se apenas poucos conteúdos são o objeto de sua crítica. Esse dado não ajudaria a identificar os problemas. Procure um campo em que possa escrever e ser específico para identificar as partes problemáticas de cada módulo.

O sistema fica aberto por tempo limitado a partir de 25 de junho. O link está disponível na notícia abaixo:

<http://noticias.ufsc.br/2018/06/avaliacao-da-ufsc-consulta-aos-estudantes-de-graduacao-inicia-se-nesta-segunda/>

Grupos Balint e o processo de aprendizagem em medicina

Vitor Camilo Cavalcante Dattoli¹, Bruno Guimarães Tannus²

1 Médico residente de medicina de família e comunidade da Escola de Saúde Pública da Prefeitura Municipal de Florianópolis; mestre em imunologia.

2 Médico especialista em medicina da família e comunidade; preceptor da residência de medicina de família e comunidade da Escola de Saúde Pública da Prefeitura Municipal de Florianópolis.

Submetido em 10 de abril de 2018.

Encaminhado para revisão em 24 de abril de 2018.

Aprovado para publicação, após adaptações, em 23 de junho de 2018.

Autor para contato: Vitor Dattoli (vdattoli@hotmail.com)

RESUMO

Os grupos Balint são uma ferramenta clínica importante no cotidiano dos profissionais da saúde, principalmente dos médicos. Surgiu com o objetivo de ajudar médicos generalistas a alcançar uma melhor compreensão do que foi chamado de "aspecto psicológico" da prática médica geral, sendo observada considerável mudança em suas ideias e atitudes nas relações interpessoais com a utilização destes grupos. Na formação médica, todavia, o processo de aprendizagem frequentemente é baseado em protocolos clínicos centrados nas doenças, algo que costuma enfraquecer a empatia e a própria relação médico-paciente. Balint criou, através dos grupos que hoje levam seu nome, uma forma de resgatar o ensino da medicina centrada na pessoa. Estudantes e médicos (incluindo residentes) que participam de grupos Balint geralmente desenvolvem maiores habilidades no tocante à empatia e aos relacionamentos interpessoais; ademais, sofrem menos de "burnout". Portanto, motivá-los a envolverem-se com a ferramenta desenvolvida por Balint é de suma importância para qualificar sua formação profissional, favorecendo o trabalho com pacientes na perspectiva da integralidade.

Palavras-chave: grupo Balint; educação médica; residência médica.

INTRODUÇÃO

Uma boa relação médico-paciente é crucial para a satisfação das pessoas atendidas e melhora desfechos clínicos(1). Diante desta premissa, o declínio da relação médico-paciente é tema de debates atuais, trazendo questionamentos acerca da formação médica, frequentemente baseada em protocolos clínicos e focada no conhecimento biomédico(2), menosprezando o entendimento do paciente como pessoa e seus sentimentos, algo que enfraquece um atributo essencial à profissão médica, a saber, a empatia.

Nesse cenário, movimentos que resgatem atributos de uma medicina mais humanizada e centrada na pessoa estão fortalecendo-se. Atividades das sociedades médicas, com

respaldo da literatura científica, mostram como os grupos Balint têm ganhado relevância, atualmente presentes em mais da metade das residências de medicina de família e comunidade (MFC) dos Estados Unidos(3).

Os grupos Balint (GB) representam uma ferramenta profissional importante para estudantes e médicos nas mais diversas especialidades. Para estudantes, que estão iniciando sua carreira, lidando com angústias típicas dos primeiros encontros com pacientes, os grupos tornam-se apoio importante(4). Para médicos residentes, geralmente sobrecarregados com trabalho e pressionados a assimilarem grande monta de conhecimento, os grupos baseados na metodologia Balint mostram-se úteis, notadamente reduzindo os danos do esgotamento(5).

Para médicos mais experientes, de certo modo menos afetados pelos encontros com seus pacientes, os GB revelam-se auxiliares para que tais profissionais compreendam melhor seus pacientes e as reações na condição de enfermidade, além de serem facilitadores das relações interpessoais também fora do âmbito profissional(6).

Assim, conhecer os GB e disponibilizá-lo durante os cursos de formação na área da saúde, bem como aos profissionais já formados, poderá contribuir para a capacitação desses recursos humanos, resultando, entre outros benefícios, numa oferta de serviços mais adequados para os pacientes.

ORIGEM E CONTEMPORANEIDADE

Na década de 1950, os “grupos Balint”, apesar de ainda não se chamarem assim, surgiram na Clínica Tavistock, em Londres(7). Inicialmente, Michael Balint e sua esposa Enid Balint começaram a realizar seminários de treinamento psicológico para médicos generalistas (*general practitioners*), conforme descrito no livro “*The Doctor, His Patient and the Illness*” (1957)(8). O principal objetivo desses grupos era ajudar médicos de família a alcançar uma melhor compreensão do que foi chamado de “aspecto psicológico” da prática médica geral. Em um pequeno grupo de nove ou dez pessoas, incluindo um líder psicanalista, o método consistia em apresentações de casos, seguida de falas livres dos participantes, com ênfase no conteúdo emocional das relações médico-paciente(8). A princípio, Balint incentivou os membros do grupo a realizar “entrevistas longas” com pacientes considerados como “difíceis”. Porém, este método mostrou-se cansativo para alguns participantes; tanto que um número substancial deles abandonou os seminários com menos de um ano(9).

No final dos anos 50, os médicos remanescentes, gratos aos Balint pela ampliação da sua capacidade de escuta e pelo que tinham conseguido com seus doentes selecionados, começavam a se preocupar com os pacientes que ainda recebiam consultas de cinco ou dez minutos. Não parecia justo limitarem os seus novos conhecimentos e métodos a uns poucos pacientes eleitos(10). Balint, entendendo tal necessidade, em janeiro de 1966, mudou o foco dos grupos para estudar a relação entre médico e paciente no contexto de consultas diárias de duração de 10 a 15 minutos(11). Reunidos uma vez por semana durante vários anos, os membros do grupo puderam acompanhar o progresso de seus casos. A continuidade também permitiu que os membros do grupo se sentissem à vontade entre si, sendo observado considerável mudança em suas ideias e atitudes nas relações interpessoais(7). Ainda, uma das

mudanças mais significativas introduzida por esse grupo foi no modo como os médicos se sentiam em relação aos doentes.

Desde os primeiros dias, os grupos de Balint espalharam-se pelo mundo. Até 2009, eram contabilizadas sociedades nacionais de grupos Balint em 22 países, com o objetivo de promover e desenvolver a abordagem de Balint(8). Algumas mudanças aconteceram ao longo do tempo: por exemplo, nos dias atuais os grupos Balint não se restringem apenas aos médicos de família, havendo relatos de grupos de médicos de outras especialidades, enfermeiros, psicólogos e agentes comunitários de saúde.

Em geral, os grupos Balint envolvem de 6 a 12 participantes e dois facilitadores (ou líderes). No início dessas discussões centradas em casos, um participante se oferece para contar sobre um encontro de paciente que lhe tenha gerado sentimentos mais intensos e/ou difíceis para o médico lidar. Os casos são frequentemente motivados por uma dificuldade que o clínico está vivenciando no relacionamento com um paciente em particular. O foco da discussão é a história de um encontro específico e as emoções e atitudes suscitadas pela apresentação, evitando-se debates sobre questões técnicas da medicina. Os participantes são convidados a considerar e imaginar suas próprias reações, emoções e comportamentos, no tocante ao encontro específico médico-paciente, a partir das perspectivas não apenas do médico, mas também do paciente. A segurança do grupo é mantida através de diretrizes claras sobre confidencialidade e respeito.

BALINT, EMPATIA E PROFISSÃO MÉDICA

Um aspecto central nos grupos Balint é a concepção de que os pacientes são seres humanos, portanto os problemas que apresentam ao médico estão inseridos em um meio cultural e social, exigindo, do bom médico, atenção ao contexto do paciente(12).

Após as mudanças ocorridas na metodologia dos grupos Balint, migrando de longas entrevistas pouco realistas para consultas cotidianas que buscassem os sentimentos dos doentes na consulta, começou-se a discutir a importância do profissional sentir-se no lugar do paciente(8). Michel e Enid nunca utilizaram a palavra empatia, mas citavam a necessidade de identificar-se com o doente(13) e perguntavam: “Como é ser este doente?”, de forma a encorajar o processo de identificação(4). Perceberam que muitos pacientes não queriam mudar, que o mais importante era a necessidade de um médico que compreendesse o sentimento do paciente ao ser atendido.

Atualmente, sabe-se o quanto a empatia é importante para a figura do médico, representando um elemento terapêutico efetivo da relação paciente-médico. Segundo Mercer e Reynolds, a empatia do médico é a sua capacidade de “compreender a situação, a perspectiva e os sentimentos do paciente (e seus significados anexados), comunicar essa compreensão, verificar sua precisão e atuar nesse entendimento com o paciente de forma útil (terapêutica)”(14). Foram publicados estudos evidenciando o papel favorável da empatia na confiança do paciente em seu médico(15,16), na participação mais ativa do paciente na terapia(1,17), em maior satisfação(18) e menor sofrimento emocional(19) de ambas as partes da relação médico-paciente.

GRUPO BALINT E A FACULDADE DE MEDICINA

Médicos recém-formados costumam apresentar dificuldades na relação médico-paciente, por exemplo, conciliar seu treinamento hospitalar científico com as incertezas humanas da prática geral(20). Além disso, as evidências mostram que ao longo da formação médica, a empatia por parte dos alunos tende a diminuir(21). Apesar de existirem controvérsias(22,23), tal fato é observado principalmente no terceiro ano, o qual representa o início do contato direto do futuro médico com seus pacientes(24).

Autores atribuem essa diminuição aos métodos de ensino priorizando o conhecimento biomédico(25) e processos de trabalho que não valorizam os estudantes mais empáticos(2), utilizando estratégias baseadas na distância emocional(26). Talvez, o desenvolvimento profissional nas escolas médicas que aprimorasse a autoconsciência, o equilíbrio entre papéis pessoais e profissionais, o reconhecimento de dilemas éticos e a abordagem para resolução de conflitos interpessoais em relacionamentos profissionais(27) resultasse na formação de profissionais melhor preparados para a clínica. O método Balint propõe-se como uma importante ferramenta para o aprimoramento mencionado.

Nos grupos Balint para futuros médicos, angústias de acordo com as fases acadêmicas são recorrentes. Salinsk destacou, em 2008, que os temas mais abordados nesses grupos envolviam: dificuldade nas relações humanas, dilemas éticos, o encontro com pacientes paliativos(4), emoções ambíguas e conflitos emocionais internos(28) gerados pelo contato com diferentes realidades de vida e pela sobrecarga de representarem esperança para seus pacientes.

Em estudo publicado por Airagnes e colaboradores, em 2014, os autores observaram que estudantes que participavam de grupos Balint mostraram ter uma abordagem mais empática(24). Nesse estudo, participantes demonstraram uma melhor habilidade em considerar a dimensão afetiva entre o médico e o paciente. Como ressaltado pelos próprios autores, acredita-se que o treinamento em grupos Balint aumente as habilidades empáticas dos estudantes no contexto da relação médico-paciente(29). Além disso, como mencionado em outro trabalho, os grupos tem um significativo papel de criar uma cultura de cuidado entre os futuros médicos(30).

GRUPO BALINT E SUA IMPORTÂNCIA NA RESIDÊNCIA MÉDICA

A residência médica é uma fase crucial na formação de um médico, servindo como campo de prática e aprimoramento de uma especialidade médica escolhida, e para muitos é o momento de construção da identidade profissional. A participação de residentes em grupos Balint tem-se mostrado uma ferramenta primorosa nessa fase, com diferentes benefícios aos envolvidos: desenvolvimento da autoconsciência, melhora da qualidade das consultas e da relação profissional(31). Em uma residência de especialidade médica, os alunos geralmente são preparados para responder rapidamente às emergências e cuidar de pacientes críticos em hospitais. Com os grupos Balint os residentes são encorajados a explorar circunstâncias da vida do seu paciente, entender sua interação familiar e social, além de incluir uma perspectiva psicossocial nos seus diagnósticos(32).

Um dos benefícios observados para os participantes dos grupos é a diminuição no esgotamento profissional, conhecido como *burnout*(33). A síndrome de *burnout*, definida como exaustão emocional e diminuição do sentido de realização pessoal secundários ao estresse relacionado ao trabalho(34), é frequentemente encontrada entre médicos residentes, muitas vezes devido à grande carga horária de trabalho, afastamento familiar e demanda acentuada de conhecimento(5). Médicos em *burnout* mostram-se mais propensos a cometerem erros e fornecerem cuidados inadequados aos pacientes (35,36).

Um estudo com residentes de oncohematologia descobriu que os grupos Balint melhoraram seu conforto para lidar com os estados emocionais e debater questões psicossociais referentes aos pacientes(37). Já entre residentes de ginecologia e obstetria com altos níveis de *burnout*, após 12 meses de atividades em grupos Balint, observou-se melhora em alguns aspectos das habilidades

de medicina comportamental: os residentes relataram uma melhoria na capacidade de utilizarem a consulta, de fazerem decisões de tratamento mais adequadas, com base em necessidades psicológicas dos pacientes, e de empreenderem psicoterapia breve com seus pacientes(38). Logo, devido ao potencial dano da atuação de profissionais em *burnout*, intervenções com grupos Balint devem ser consideradas diante desse problema.

Com relação ao desempenho profissional específico, um estudo de Adams e colaboradores não demonstrou a contribuição dos grupos Balint para os residentes. No entanto, os participantes ficaram entusiasmados sobre o valor das atividades na promoção da autorreflexão e melhora de decisões para seu cuidado e de seus pacientes, ambos componentes essenciais ao profissionalismo(39).

Benefícios em relação à satisfação profissional e melhor entendimento dos pacientes têm sido observados. Por exemplo, na psiquiatria, residentes submetidos aos grupos de discussão baseados no método Balint relataram mais atenção aos sentimentos de seus pacientes e sentiram-se mais à vontade para discutir tais questões nos grupos(40).

O treinamento em grupos Balint tornou-se uma parte estabelecida do currículo de medicina comportamental em muitas residências de medicina de família e comunidade. Em 2001, grupos Balint já estavam presentes em mais de 50% dos programas de medicina de família e comunidade nos Estados Unidos(3). Os estudos avaliando o papel dos grupos na formação do médico de família têm sido contundentes. Nos Estados Unidos, residentes de medicina de família e comunidade que participaram de grupos Balint demonstraram maiores níveis de interesse, habilidade e confiança em lidar com aspectos psicológicos do cuidado de seus pacientes(29).

Apesar da necessidade de mais evidências comprovando o real papel do grupo Balint na formação dos residentes, Musham e Brock (1994) defendem a obrigatoriedade do grupo nas residências médicas, devido à grande evasão observada quando as atividades são opcionais(41).

MÉDICOS DE FAMÍLIA E GRUPOS BALINT

Um dos objetivos dos grupos Balint é melhorar as habilidades dos médicos para lidar com seus pacientes, ao possibilitar que aqueles sejam mais conscientes sobre seus próprios sentimentos durante as consultas.

O grupo foi um dos primeiros métodos de supervisão clínica a serem fornecidos aos médicos de família(8). Desde o

início, médicos da atenção primária foram o público alvo de Michael Balint e Enid Balint, que percebiam o papel central dos *general practitioners* no sistema de saúde inglês, representando sua porta de entrada, acolhendo as mais diversas queixas de seus pacientes, expondo-os a significativa carga emocional, com testemunhos de sofrimento, ansiedade e morte(42). Reconhecendo a importância da boa relação com os pacientes nos desfechos clínicos, os Balint referiam-se ao potencial do próprio médico como remédio e à boa relação médico-paciente como terapêutica(43).

Ao longo do tempo, a metodologia Balint mostrou-se uma ferramenta crucial no cotidiano dos médicos de família e comunidade, bem como para estudantes e residentes. Os grupos Balint têm auxiliado os médicos de família e comunidade a progredirem em habilidades de comunicação com seus pacientes, na melhora da percepção psicológica da consulta e nas relações interpessoais(6). Ao compartilhar no ambiente Balint as situações que têm vivenciado em sua prática profissional, os participantes notam melhoras no enfrentamento do *burnout*(44), e o aumento da sensibilidade do profissional relativa a seus sentimentos e motivações(45), entre outros benefícios. Salinsk destaca que muitos médicos encontram no grupo um espaço no qual podem descarregar suas angústias, afinal “os doentes problemáticos e exigentes ainda não desapareceram” e nas suas formações não lhes foi ensinado como cuidar desses pacientes(4).

Na Suécia, observou-se que nos médicos de atenção primária que frequentavam grupos Balint havia mais sentimentos positivos relativos ao trabalho e aos pacientes, menor carga de estresse e maior competência no cuidado de pessoas com “problemas psicossomáticos” (usando o termo no sentido de queixas inexplicáveis ou inespecíficas sob a ótica biomédica), em comparação aos médicos que não frequentavam os grupos(43). Além disso, os grupos Balint parecem encorajar os médicos a serem mais pró-ativos na vida profissional(46).

CONCLUSÃO

Os grupos Balint representam uma ferramenta profissional importante para médicos, residentes e estudantes, uma vez que tem potencial para melhorar a relação médico-paciente e fortalecer a abordagem centrada na pessoa. Isto pode resultar, por sua vez, em condições de trabalho mais favoráveis para o médico, permitindo que se desenvolvam habilidades adicionais para lidar com diversas situações enfrentadas ao longo da vida profissional.

REFERÊNCIAS

1. Price S, Mercer SW, MacPherson H. Practitioner empathy, patient enablement and health outcomes: A prospective study of acupuncture patients. *Patient Educ Couns*. 2006;63(1-2):239-45.
2. Chen DCR, Kirshenbaum DS, Yan J, Kirshenbaum E, Aseltine RH. Characterizing changes in student empathy throughout medical school. *Med Teach*. 2012;34(4):305-11.
3. Johnson AH, Brock CD, Hamadeh G, Stock R. The current status of Balint groups in US family practice residencies: A 10-year follow-up study, 1990-2000. *Fam Med*. 2001;33(9):672-7.
4. Salinsky J. Como os grupos Balint têm mudado ao longo de 57 anos: objetivos e expectativas. *Rev Port Clínica Geral*. 2008;24(15):526-30.
5. Thomas NK. Resident burnout. Vol. 292, *Journal of the American Medical Association*. 2004. p. 2880-9.
6. Rabin S, Matalon A, Maoz B, Shiber A. Keeping doctors healthy: A salutogenic perspective. Vol. 23, *Families, Systems and Health*. 2005. p. 94-102.
7. Brandt JA. Grupo Balint: Aspectos Que Marcam a Sua Especificidade. *Vínculo - Rev do NESME*. 2009;2:199-210.
8. Salinsky J. Balint groups and the Balint method. *Superv Support Prim care*. 2003;79-90.
9. Balint M. A study of doctors : mutual selection and the evaluation of results in a training programme for family doctors [Internet]. [cited 2018 Mar 16]. 160 p. Available from: <https://books.google.com.br/books?id=tVW52NyOEo0C&hl=pt-BR>
10. Elder A, Samuel O. While I'm here, doctor: a study of change in the doctor-patient relationship [Internet]. Tavistock Publications; 1987 [cited 2018 Mar 16]. 126 p. Available from: https://books.google.com.br/books/about/While_I_m_Here_Doctor.html?id=w3k9AAAAIAAJ&redir_esc=y
11. Balint E, Norell JS (Jacob S. Six minutes for the patient : interactions in general practice consultation [Internet]. Taylor and Francis; 2013 [cited 2018 Mar 16]. 207 p. Available from: <https://books.google.com.br/books?id=AEj4oWE2QPwC&printsec=frontcover&dq=Six+Minutes+for+the+Patient:+interactions+in+general+practice+consultation&hl=pt-BR&sa=X&ved=0ahUKEwivqKy98vDZAhVBk5AKHW8UAQ0Q6AEIKDAA#v=onepage&q=Six+Minutes+for+the+Patient%3A+interactions+in+general+practice+consultation&f=false>
12. Little P, Everitt H, Williamson I, Warner G, Moore M, Gould C, et al. Preferences of patients for patient centred approach to consultation in primary care: observational study. *BMJ*. 2001;322(7284):468-72.
13. Bolton G. What Are You Feeling Doctor? Identifying and Avoiding Defensive Patterns in the Consultation * Friends in Low Places * *Letters from the Clinic: Letter Writing in Clinical Practice for Mental Health Professionals*: J Salinsky, P Sackin. Radcliffe Medical Press, 2000, pound19.95, pp 174. ISBN 1 85775 407 * J Willis. Radcliffe Medical Press, 2001, pound19.95, pp 214. ISBN 1 85775 404 2 * D Steinberg. Routledge, 2000, pound15.99, pp 130. ISBN 0 415 20504 2. *Med Humanit* [Internet]. 2002 Jun 1 [cited 2018 Mar 13];28(1):55-6. Available from: <http://mh.bmj.com/cgi/doi/10.1136/mh.28.1.55>
14. Mercer SW, Reynolds WJ. Empathy and quality of care. Vol. 52, *British Journal of General Practice*. 2002.
15. Beckman HB, Frankel RM. Training practitioners to communicate effectively in cancer care: It is the relationship that counts. Vol. 50, *Patient Education and Counseling*. 2003. p. 85-9.
16. Neumann M, Wirtz M, Bollschweiler E, Warm M, Wolf J, Pfaff H. [Psychometric evaluation of the German version of the "Consultation and Relational Empathy" (CARE) measure at the example of cancer patients]. *Psychother Psychosom Med Psychol* [Internet]. 2008 Jan [cited 2018 Mar 13];58(1):5-15. Available from: <http://www.thieme-connect.de/DOI/DOI?10.1055/s-2007-970791>
17. Kim SS, Kaplowitz S, Johnston M V. The effects of physician empathy on patient satisfaction and compliance. *Eval Heal Prof*. 2004;27(3):237-51.
18. Levinson W. A Study of Patient Clues and Physician Responses in Primary Care and Surgical Settings. *JAMA* [Internet]. 2000;284(8):1021. Available from: <http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?doi=10.1001/jama.284.8.1021>
19. Neumann M, Wirtz M, Bollschweiler E, Mercer SW, Warm M, Wolf J, et al. Determinants and patient-reported long-term outcomes of physician empathy in oncology: A structural equation modelling approach. *Patient Educ Couns*. 2007;69(1-3):63-75.
20. Salinsky J. How would you like your Balint? *J Balint Soc*. 2004;32(1):4-5.
21. Neumann M, Edelhäuser F, Tauschel D, Fischer MR, Wirtz M, Woopen C, et al. Empathy Decline and Its Reasons: A Systematic Review of Studies With Medical Students and Residents. *Acad Med* [Internet]. 2011;86(8):996-1009. Available from: <http://content.wkhealth.com/linkback/openurl?sid=WKPTLP:landingpage&an=00001888-201108000-00024>
22. Colliver JA, Conlee MJ, Verhulst SJ, Dorsey JK. Reports of the decline of empathy during medical education are greatly exaggerated: A reexamination of the research. *Acad Med*. 2010;85(4):588-93.
23. Pedersen R. Empirical research on empathy in medicine - A critical review. *Patient Educ Couns* [Internet]. 2009;76(3):307-22. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.pec.2009.06.012>
24. Airagnes G, Consoli SM, De Morlhon O, Galliot AM, Lemogne C, Jaury P. Appropriate training based on Balint groups can improve the empathic abilities of medical students: A preliminary study. *J Psychosom Res*. 2014;76(5):426-9.
25. Garden R. Expanding clinical empathy: An activist perspective. Vol. 24, *Journal of General Internal Medicine*. 2009. p. 122-5.
26. Halpern J. What is clinical empathy? Vol. 18, *Journal of General Internal Medicine*. 2003. p. 670-4.
27. CanMeds. Extract from the CanMEDS 2000 project societal needs working group report [Internet]. Vol. 22, *Med Teach*. 2000. Available from: <http://scholar.google.com/scholar?hl=en&btnG=Search&q=intitle:CanMEDS+2000+:+Extract+from+the+CanMEDS+2000+Project+Societal+Needs+Working+Group+Report#0>
28. Torppa MA, Makkonen E, Mårtenson C, Pitkälä KH. A qualitative analysis of student Balint groups in medical education: Contexts and triggers of case presentations and discussion themes. *Patient Educ Couns*. 2008;72(1):5-11.
29. Turner AL, Malm RL. A Preliminary Investigation of Balint and Non-Balint Behavioral Medicine Training. *Fam Med*. 2004;36(2):114-7.
30. Clode D. Creating a culture of care: Junior doctor well-being in hospital settings. A review of the scientific literature for the Royal Australian College of General Practitioners. *R Aust Coll Gen Pract*. 2007;
31. Smith M, Anandarajah G. Mutiny on the balint: Balancing resident developmental needs with the balint process. *Fam Med*. 2007;39(7):495-7.
32. Margo KL, Margo GN. Tailoring The Balint Group Seminar For First Year Family Medicine Residents. 9th Int Balint Fed Congr [Internet]. 1994 [cited 2018 Mar 16];1-3. Available from: <http://familymed.musc.edu/congress/margo.pdf>
33. McCray LW, Cronholm PF, Bogner HR, Gallo JJ, Neill RA. Resident physician burnout: Is there hope? Vol. 40, *Family Medicine*. 2008. p. 626-32.
34. Shanafelt TD, Bradley KA, Wipf JE, Back AL. Burnout and self-reported patient care in an internal medicine residency program. *Ann Intern Med*. 2002;136(5):358-67.
35. West CP, Huschka MM, Novotny PJ, Sloan JA, Kolars JC, Habermann TM, et al. Association of perceived medical errors with

resident distress and empathy: A prospective longitudinal study. J Am Med Assoc. 2006;296(9):1071–8.

36. Fahrenkopf AM, Sectish TC, Barger LK, Sharek PJ, Lewin D, Chiang VW, et al. Rates of medication errors among depressed and burnt out residents: Prospective cohort study. BMJ. 2008;336(7642):488–91.

37. Sekeres MA, Chernoff M, Lynch TJ, Kasendorf EI, Lasser DH, Greenberg DB. The impact of a physician awareness group and the first year of training on hematology-oncology fellows. J Clin Oncol. 2003;21(19):3676–82.

38. Ghetti C, Chang J, Gosman G. Burnout, Psychological Skills, and Empathy: Balint Training in Obstetrics and Gynecology Residents. J Grad Med Educ [Internet]. 2009;1(2):231–5. Available from: <http://www.jgme.org/doi/abs/10.4300/JGME-D-09-00049.1>

39. Adams KE, O'Reilly M, Romm J, James K. Effect of Balint training on resident professionalism. Am J Obstet Gynecol. 2006;195(5):1431–7.

40. Graham S, Gask L, Swift G, Evans M. Balint-style case discussion groups in psychiatric training: An evaluation. Acad Psychiatry. 2009;33(3):198–203.

41. Musham C, Brock CD. Family practice residents' perspectives on balint group training: In- depth interviews with frequent and infrequent attenders. Fam Med. 1994;26(6):382–6.

42. Horowitz CR, Suchman AL, Branch Jr WT, Frankel RM. What do doctors find meaningful about their work? Ann Intern Med. 2003;138(9):772–5.

43. Kjeldmand D, Holmström I, Rosenqvist U. Balint training makes GPs thrive better in their job. Patient Educ Couns. 2004;55(2):230–5.

44. Addison R. Burnout and Balint. 14th Int Balint Congr. 2005;118–24.

45. Kjeldmand D, Holmstrom I. Balint Groups as a Means to Increase Job Satisfaction and Prevent Burnout Among General Practitioners. Ann Fam Med [Internet]. 2008 Mar 1 [cited 2018 Mar 13];6(2):138–45. Available from: <http://www.annfammed.org/cgi/doi/10.1370/afm.813>

46. Shorer Y, Rabin S, Maoz B, Nadav M, Shiber A. Empowering Doctors in Balint Groups. Balint J [Internet]. 2007 Dec 4 [cited 2018 Mar 16];8(4):122–5. Available from: <http://www.thieme-connect.de/DOI/DOI?10.1055/s-2007-981347>

O “Boletim” é periódico oficial *online* que quer publicar seu trabalho!

Disponível na plataforma Open Journal Systems e registrado no ISSN, o “Boletim” deseja receber e publicar artigos originais, artigos de revisão, resenhas de artigos científicos e relatos de caso produzidos pelos alunos do curso de Medicina, professores, preceptores e médicos residentes, tanto na UFSC quanto nas diversas unidades de saúde em que ocorrem atividades dos alunos do Curso.

Acesse o “Boletim” em:

<http://ojs.sites.ufsc.br/index.php/medicina>

e submeta seu trabalho para publicação.

Contatos também podem ser feitos por e-mail através de medicina@contato.ufsc.br ou ao editor em fabricio.souza.neves@ufsc.br

Relatos de casos do Hospital Universitário Prof. Polydoro Ernani de São Thiago

Caso Número 4/2018: “Uma sessão interativa de casos em radiologia torácica – Parte 1”

Gustavo Lemos Pelandré¹, Luiz Felipe de Souza Nobre¹

1 Médico radiologista, professor do Departamento de Clínica Médica, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina.

Editor da seção: Prof. Fabricio de Souza Neves

Caso relatado na Reunião de Discussão de Casos Clínicos do Hospital Universitário Prof. Polydoro Ernani de São Thiago, iniciada pelos Profs. Jorge Dias de Matos, Marisa Helena César Coral e Rosemeri Maurici da Silva, em julho de 2017. No dia 14 de junho de 2018, no auditório do HUPEST, realizou-se a apresentação e discussão do caso cujo registro é apresentado a seguir:

Gustavo Pelandré (radiologista): Boa noite. Quando nos convidaram para conduzir a reunião deste mês, procuramos uma maneira para que a radiologia pudesse contribuir de forma inovadora. Optamos por fazer uma sessão interativa de interpretação de raio-X de tórax. Utilizaremos imagens de casos do nosso serviço, que apresentaremos aqui em sequência, e os senhores poderão escolher para cada caso

uma resposta em uma lista. Ao acessar a internet em seus celulares, através do *link* do formulário *Google Forms* que fornecemos, os senhores poderão assinalar suas respostas e receber, ao final da sessão, as respostas corretas e seu percentual de acerto. Apresentaremos as imagens e daremos tempo para suas escolhas. As opções de resposta são as seguintes:

Tabela 1. Alternativas de resposta para os casos de raio-X de tórax 1 a 11

Atelectasia do lobo superior direito com massa hilar (sinal do S de Golden), sugestivo de neoplasia broncogênica central
Atelectasia e consolidação do lobo inferior direito com artefato denso em brônquio lobar, sugestivo de corpo estranho
Consolidação do lobo inferior esquerdo (silhueta com diafragma), sugestiva de pneumonia
Consolidação da língula (silhueta com coração), sugestiva de pneumonia
Consolidações difusas, com área de confluência, sugestivas de broncopneumonia
Hiperinsuflação pulmonar e consolidação com redução volumétrica lobar (sugestivo de pneumonia lobar em DPOC)
Hiperinsuflação pulmonar difusa (sugestivo de DPOC)
Infiltrado intersticial difuso, esternorragia e prótese valvar, derrame pleural à esquerda (sugestivo de edema pulmonar por ICC)
Infiltrado reticulonodular difuso em paciente HIV+ (sugestivo de pneumocistose)
Infiltrado reticulonodular difuso com bronquiectasias (sugestivo de fibrose cística)
Raio-X normal

DPOC, Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica; ICC, Insuficiência Cardíaca Congestiva

Nota do Editor: O arquivo em *pdf* é uma versão para divulgação em *e-mail* do “Boletim”, e a resolução das imagens pode ser reduzida. As imagens originais podem ser visualizadas no site do “Boletim”, disponível no sistema OJS:

<http://ojs.sites.ufsc.br/index.php/medicina>

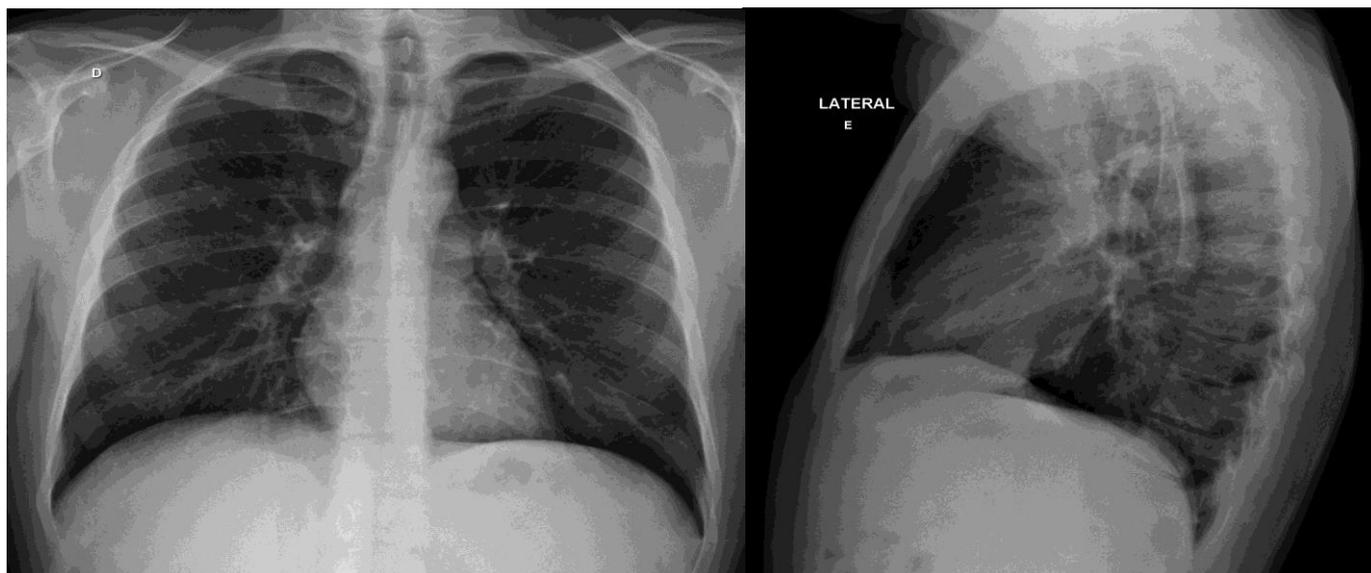


Figura 1: Caso 1

Luiz Felipe Nobre (radiologista): Vamos entregar a resposta do primeiro caso. Com isso, uma questão da “prova” é dada! Trata-se de uma radiografia de tórax normal. Este não é o momento de uma aula, mas apenas de uma discussão de casos. Mesmo assim, vamos aproveitar para, rapidamente, revisar um breve passo-a-passo da observação da radiografia de tórax. Embora intuitivamente muitos dirigem sua primeira atenção já aos pulmões, é útil seguirmos um roteiro definido para observação da radiografia, pois isso aumenta nossa sensibilidade para identificação e interpretação dos achados. Sugiro o seguinte: 1) Ter consciência da identificação do paciente, seu sexo e idade. Estes dados podem se originar do pedido do exame, e frequentemente estarão também na imagem radiográfica. Importante assegurar-se que se está interpretando o exame da pessoa correta para o caso; 2) Identificar a incidência utilizada: se PA (póstero-anterior), perfil esquerdo ou direito e AP (ântero-posterior). A incidência AP é utilizada para pacientes mais graves, restritos ao leito, que não podem ficar em pé para se obter a radiografia em PA. Na incidência em AP, o coração fica mais afastado do filme radiográfico, e assim a sombra cardíaca fica aumentada e distorcida em comparação com a projeção em PA. Da mesma forma, e, geral se realiza a projeção em perfil esquerdo, com o coração mais próximo do filme. A incidência em perfil direito deve ser solicitada quando se deseja observar, com mais detalhe, alterações no hemitórax direito. Outras incidências são possíveis, conforme a necessidade de cada caso; 3) Observar a estrutura óssea:

clavículas, ombros, coluna, costelas. Servirá para a procura de lesões ou perda integridade e também para avaliar se há posicionamento, inspiração e exposição adequados nesta radiografia: a coluna deve estar no centro, alinhada com o esterno e na linha média entre as clavículas, que devem estar alinhadas entre si. Deve-se obter a contagem de dez costelas posteriores, se o paciente estava no momento adequado de inspiração. E quanto à penetração do raio-X, deve-se conseguir distinguir os corpos vertebrais dos espaços discais de forma distinta na parte superior da coluna torácica. Um raio-X excessivamente penetrado revelará as vértebras em toda a extensão da coluna, e pode não permitir a visualização adequada de achados pulmonares. Um raio-X pouco penetrado, ao contrário, não evidenciará os limites das vértebras ao longo da coluna inteira – com pouca penetração, a trama vascular pulmonar parecerá excessivamente branca, confundindo a interpretação; 4) Observar a imagem aérea (escura) da traquéia, que deve estar na linha média, até onde se divide na região da carina; 5) Observar os diafragmas, se tem aspecto normal: curvados, convexos para o tórax, sendo o direito mais alto que o esquerdo, com os seios costofrênicos em aspecto de ângulo agudo; 6) Observar a silhueta do mediastino: em sentido horário: átrio direito, o hilo com as artérias pulmonares e o arco aórtico logo acima, novamente artéria pulmonar e abaixo o ventrículo esquerdo; 7) Por fim, contemple a trama do interstício pulmonar, que devem se constituir de linhas oblíquas que vão se dicotomizando e reduzindo de calibre do centro para a periferia.

Gustavo Pelandré (radiologista): Seguiremos agora com a apresentação dos próximos dez casos (números 2 a 11) em sequência. Os senhores devem escolher a alternativa mais

adequada para cada caso. Fica a dica de que as alternativas não se repetem.

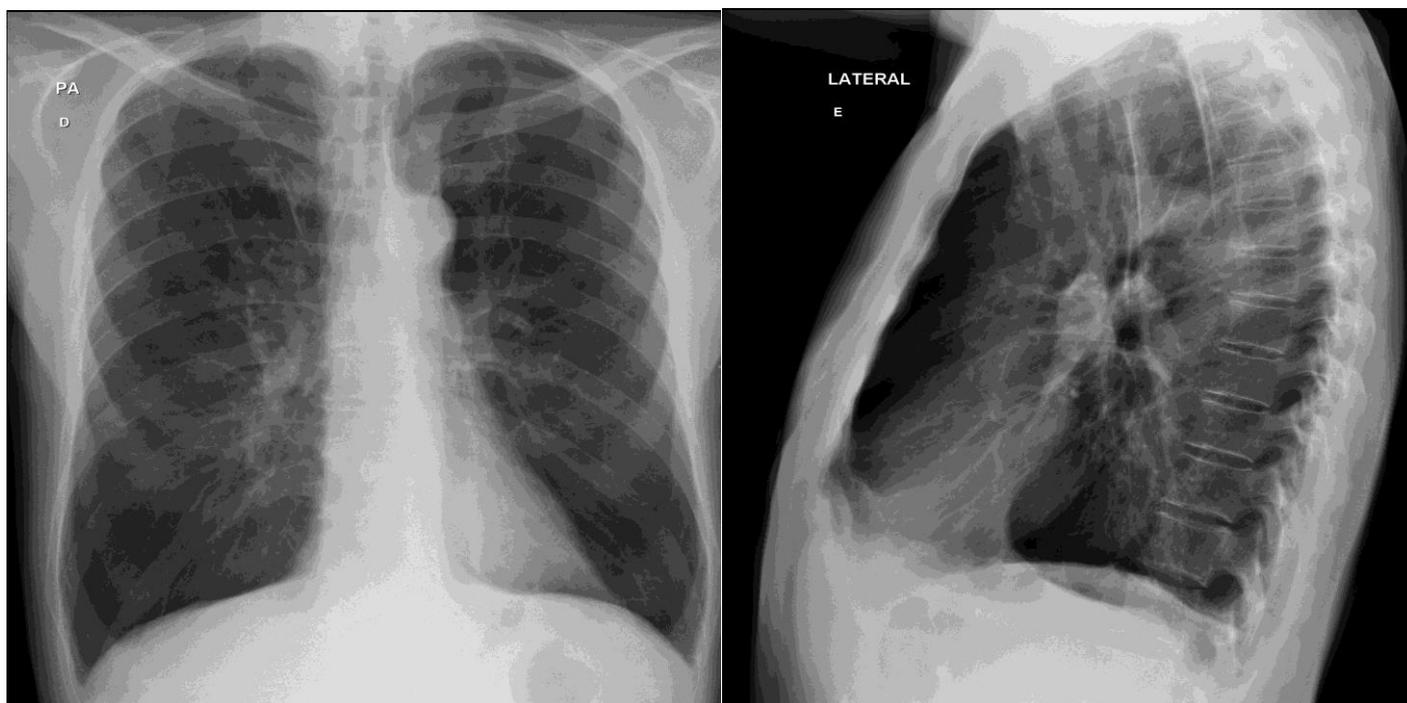


Figura 2: Caso 2

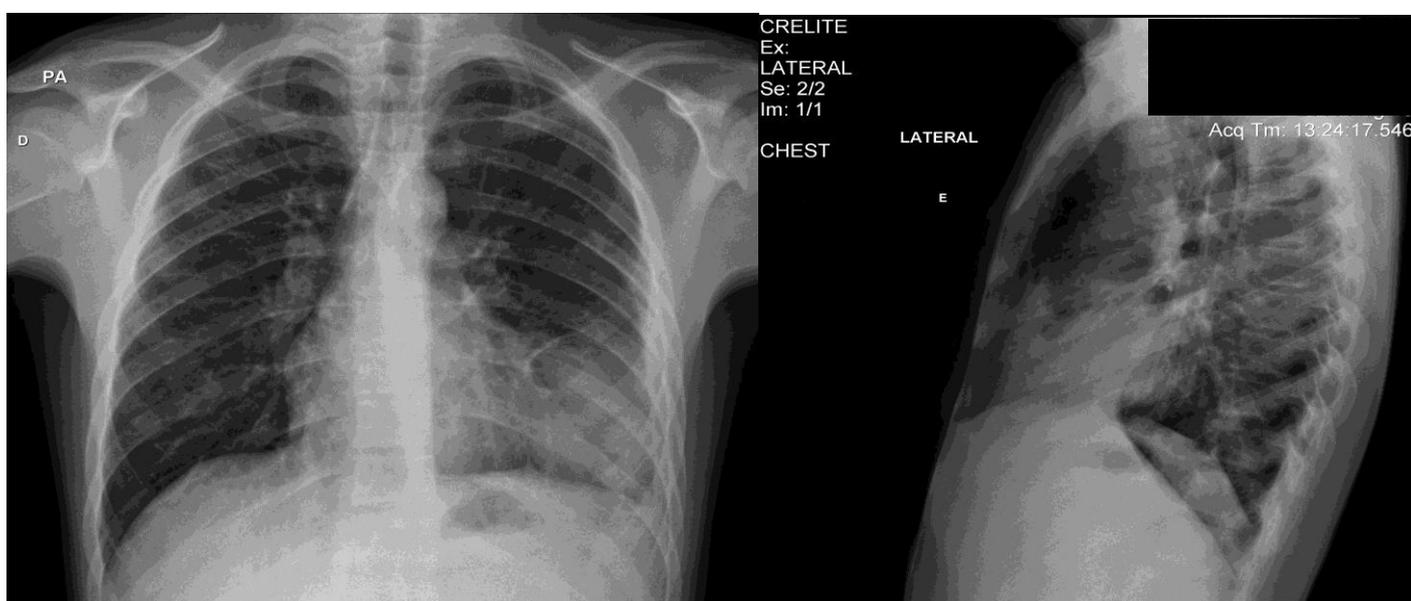


Figura 3: Caso 3

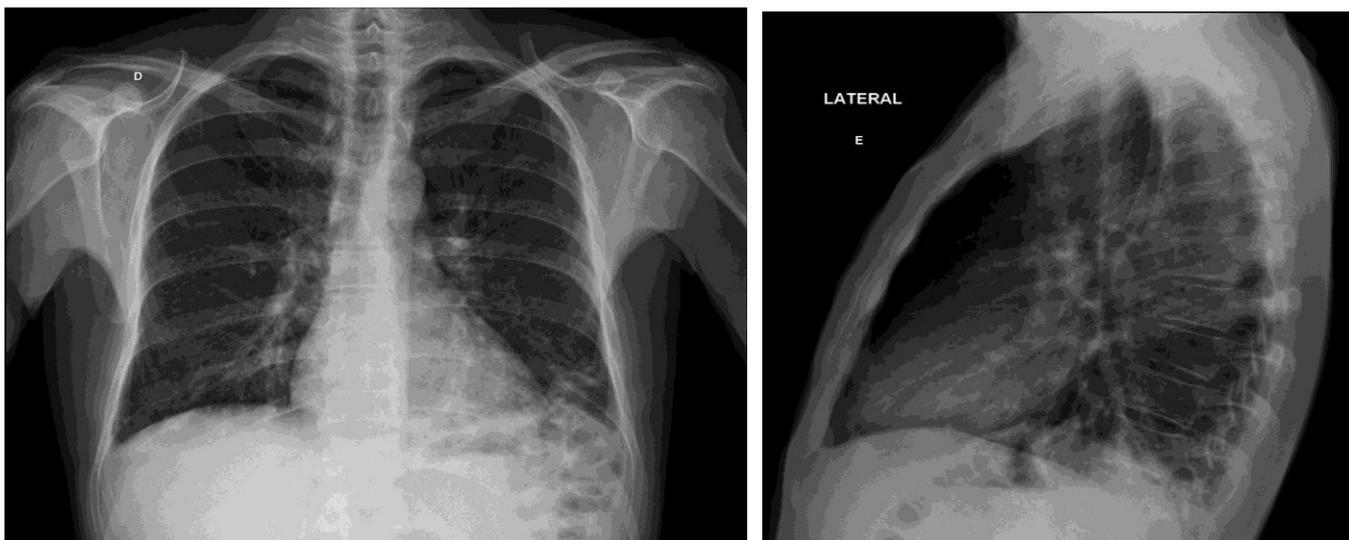


Figura 4: Caso 4

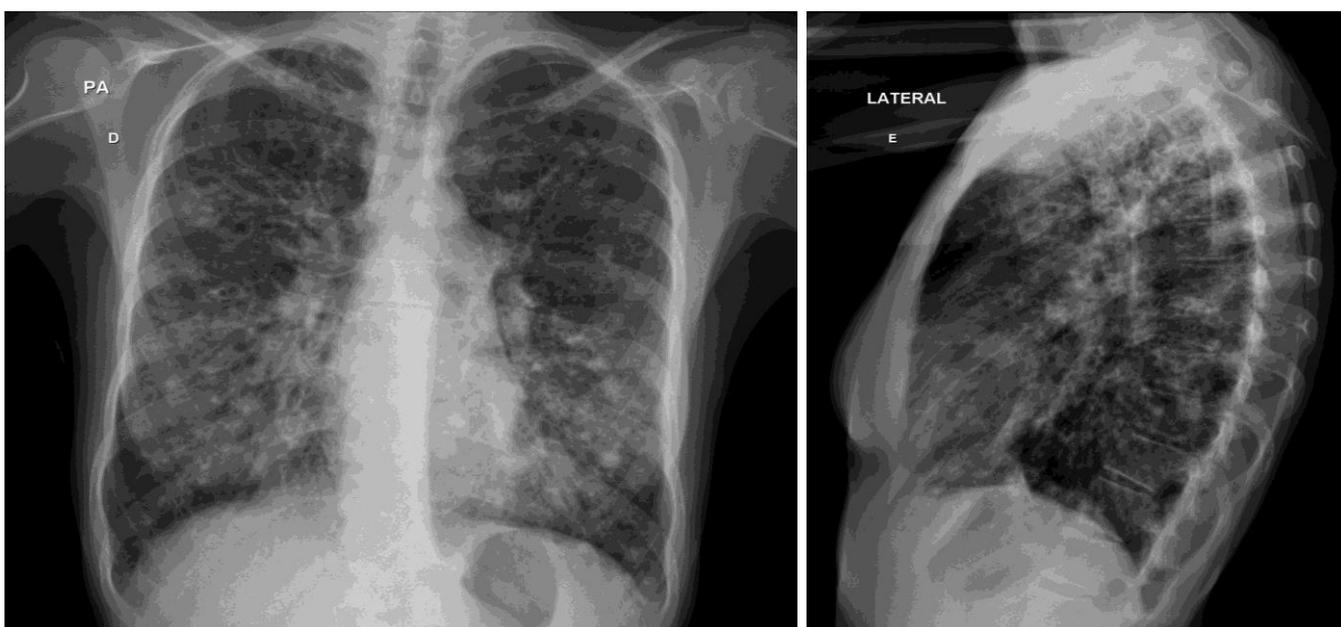


Figura 5: Caso 5

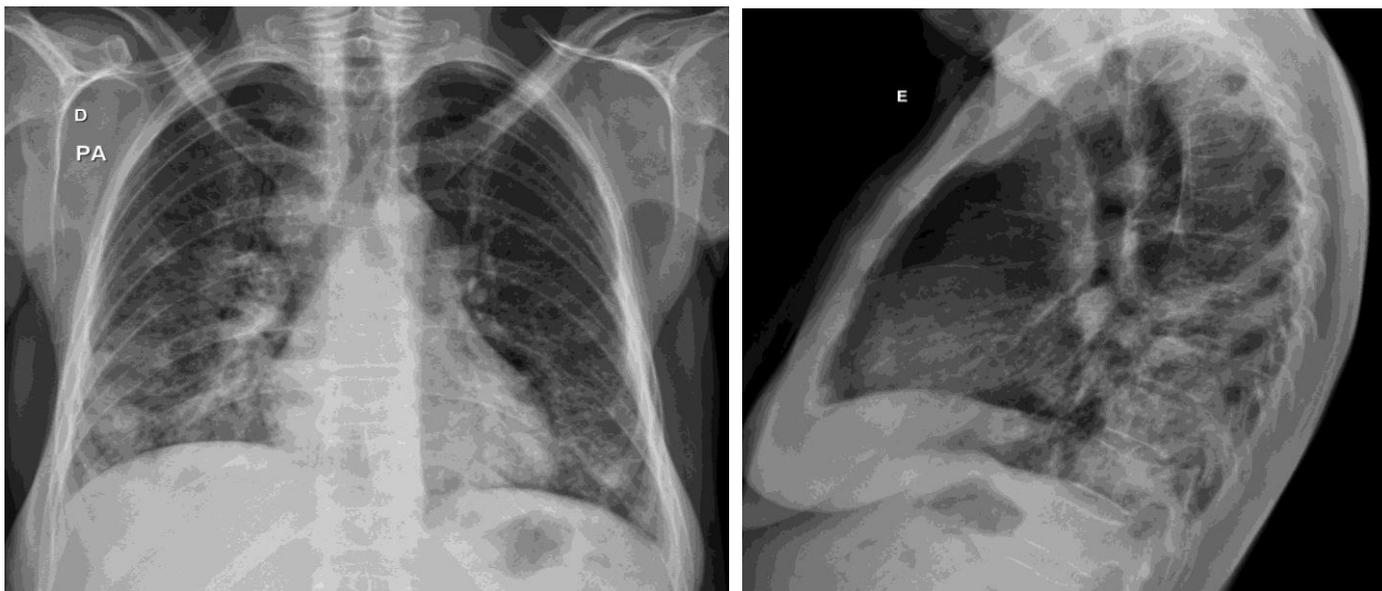


Figura 6: Caso 6

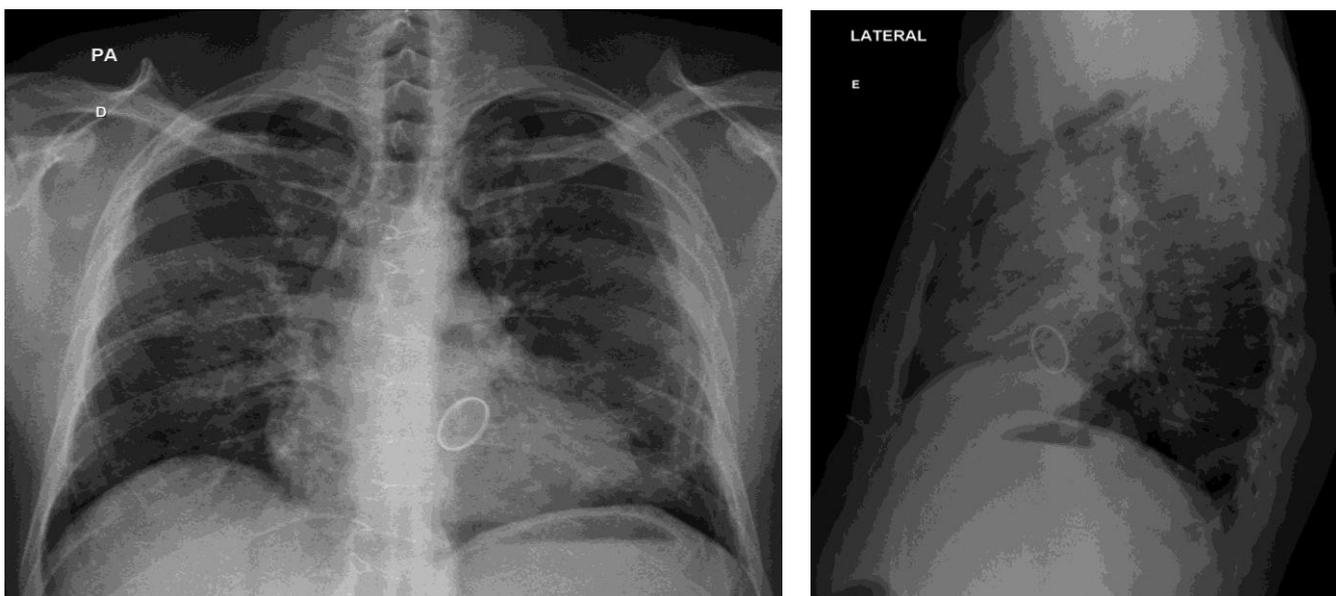


Figura 7: Caso 7



Figura 8: Caso 8



Figura 9: Caso 9

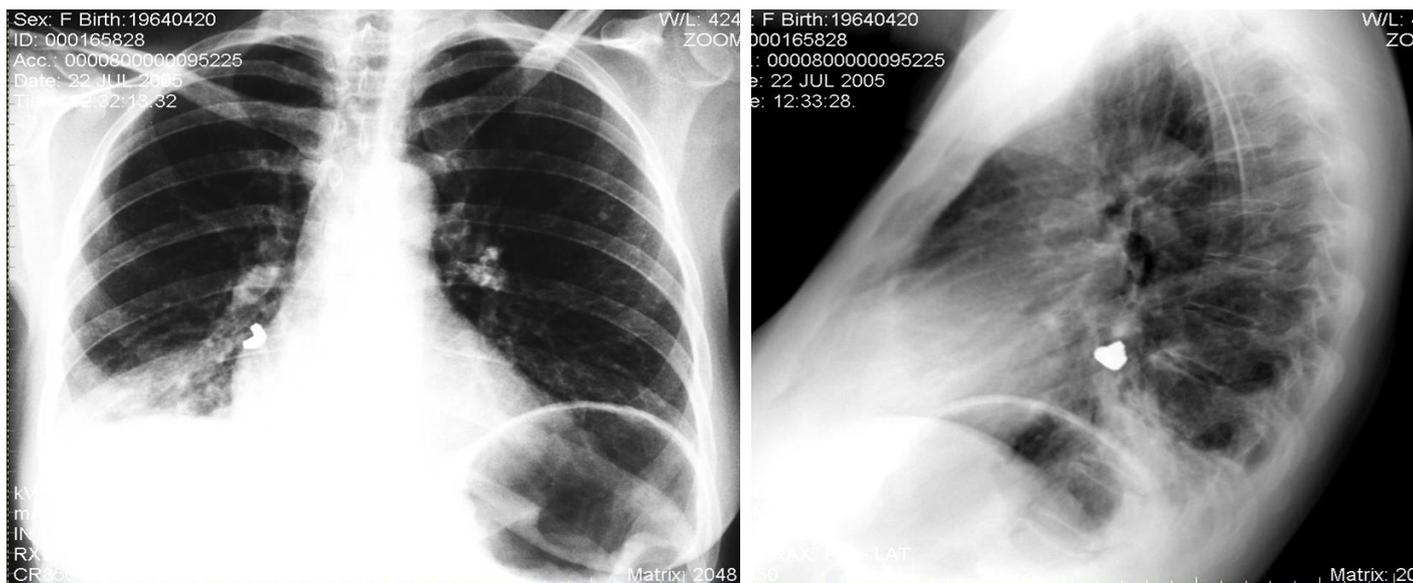


Figura 10: Caso 10

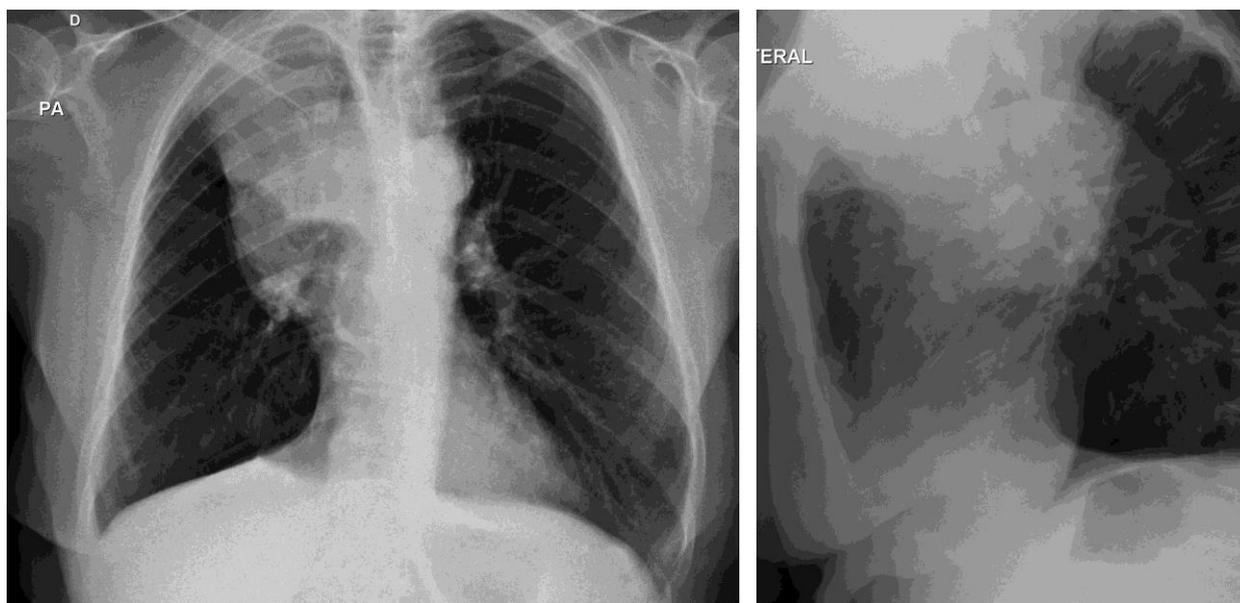


Figura 11: Caso 11

Nota do Editor: Para reproduzir no “Boletim” a natureza interativa de sessão de casos clínicos da radiologia, as respostas e comentários dos casos 2 a 11 serão divulgados na “parte 2” do registro desta sessão, na próxima edição do “Boletim”.

Antes disso, os leitores do “Boletim” podem acessar o mesmo formulário *Google Forms* utilizado na reunião de discussão de casos, selecionar suas respostas e verificar seus acertos, através do link:

<https://goo.gl/forms/n52aHD4bCpLumu3J3>

Então... Acho que a criança morreu!

Fernando Bueno Neves¹

1 Acadêmico do curso de Medicina, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Florianópolis.

Submetido em 26 de junho de 2018.

Aprovado em 26 de junho de 2018.

Então... Acho que a criança morreu.

Como que eu ia dar essa notícia?

Talvez "o seu feto morreu"?

Não.

"Eu acho que o coração não tá batendo"?

Nossa, com certeza não.

Ou... "precisamos fazer um ultrassom antes"?

Sim - definitivamente um ultrassom antes. Isso. Ultrassom para confirmar.

Mas a verdade é que eu achava que a criança tinha morrido mesmo.

Eu já tinha dado uma notícia de morte uma vez - e foi terrível em todos os sentidos terríveis de "terrível" que você pode imaginar. Mais sobre isso em um conto futuro.

Mas voltemos pra situação aqui. Eu estava de plantão em uma maternidade aqui de Florianópolis. Eu segurava um sonar sobre a barriga de uma mulher no final da gravidez. Com o gel deslizando pela pele, eu tentava (com algum desespero) procurar o coração da criança.

O grande problema dessa história: eu estava nessa há três minutos.

Quatro, agora.

"Está tudo bem?", a moça me perguntou, seus olhos arregalados me encarando.

"Sim, eu só não achei ele ainda."

Que bom que ela não entendeu de primeira o quão idiota era a minha resposta. Em outras palavras: sim, está tudo bem... eu só não ouvi o coração bater ainda.

Continuei manipulando o sonar - os olhos também apavorados do marido mirando as minhas costas. Tentei no fundo do útero, em volta... desci para em torno do umbigo...

Cinco minutos - e nada.

“Hoje tá difícil, né.” Falei por obrigação - para cortar a morbidez do meu próprio silêncio. “É sempre assim difícil de achar?”

“Não”, a gestante respondeu. “Sempre acham fácil.”

Que maravilha, pensei. E continuei procurando. Agora na lateral direita... na lateral esquerda... indo para o púbis...

E nada.

“Tá tudo bem mesmo?”, o pai do feto possivelmente morto perguntou.

“Eu vou perguntar para a médica aqui dar uma olhada melhor. Pode ser? Vocês podem ficar aqui, por favor.”

E com isso eu me despedi - às pressas, e com vergonha - do casal aterrorizado. Como que eu ia dar aquela notícia? Eu já tinha repetido pelo menos umas quatrocentas vezes o exame de batimento cardíaco fetal, e nunca tinha demorado mais de um minuto para achar o coração.

Nunca tinha demorado mais de um minuto... em fetos vivos.

Eu encontrei a obstetra de plantão e passei o caso. Trinta e nove semanas; segunda gestação; pré-natal sem particularidades. E que não tinha ouvido o coração da criança.

A médica me retornou um olhar grave, de quem compreendia exatamente o que eu estava falando.

Ela então entrou no consultório comigo atrás, se identificando e dizendo que gostaria de confirmar o exame.

O casal não falou nada. Trocaram apenas um curto olhar de desespero, e - como que rezando - a gestante esperou o sonar com gel novamente tocar o seu abdome.

Eu fiquei do lado da porta, mãos cruzadas atrás do corpo, pensando em como que nós daríamos aquela notícia.

Como que eles teriam que doar todas as roupinhas, todos os enfeites. Como teriam que, depois de uma gestação praticamente completa, entender que às vezes... a natureza simplesmente não quer. E ao mesmo tempo em que eu pensava isso, eu sabia que eu não entendia nada. Não entendia nada do que eles estavam sentindo ou iriam sentir.

E eu esperava nunca entender.

A médica encostou o sonar.

Quase que no mesmo instante, as batidas do coração explodiram pela sala - em alto e bom som. Saudáveis. Sem nem uma arritmia.

A médica só me olhou misturando graça e reprovação.

Olharam-me, também, a mãe e o pai de uma criança saudável. Risonhos, apesar do estresse pós-traumático (em que eu mesmo os coloquei).

Como é bom estar errado, pensei. Às vezes.