

Grupo de mulheres: impactos do cuidado em coletivo na assistência individual a uma usuária hiperutilizadora

Women's group: impact of collective care in the individual assistance to a high user of health services

Grupo de mujeres: impactos del cuidado en colectivo en la asistencia individual a una usuaria hiperutilizadora

Elisa Pinto Seminotti¹ , Mariana de Oliveira Tavares¹ , Camila Giugliani² , Nedio Seminotti³ 

¹Hospital de Clínicas de Porto Alegre – Porto Alegre (RS), Brasil.

²Universidade Federal do Rio Grande do Sul – Porto Alegre (RS), Brasil.

³Pontifícia Universidade do Rio Grande do Sul – Porto Alegre (RS), Brasil.

Resumo

Introdução: O termo hiperutilizador possui uma gama extensa de interpretações, mas, em termos gerais, é utilizado para designar a pessoa que consulta com frequência superior à expectativa para aquele grupo etário e de gênero. Para a equipe de saúde da família, problematizar o aumento na frequência de consultas de determinadas pessoas, considerando a complexidade dos diferentes contextos, é um passo necessário para identificar elementos a serem reconsiderados no cuidado. Entre as atribuições dos profissionais que atuam na Atenção Primária à Saúde (APS), encontra-se a realização de grupos, em uma lógica de superação das consultas individuais como o único espaço de cuidado. Neste estudo, o grupo é considerado como uma ferramenta assistencial em ambiente seguro de compartilhamento de sofrimentos e vivências, bem como a geração de estratégias de enfrentamento a demandas comuns. Com a identificação de uma paciente hiperutilizadora da unidade básica de saúde Santa Cecília e dos demais serviços do complexo Hospital de Clínicas de Porto Alegre, e a constatação dos limites da equipe em oferecer cuidado ao seu quadro, criou-se um espaço de grupo de mulheres como alternativa assistencial. **Objetivo:** Descrever o perfil da pessoa hiperutilizadora em questão e as motivações para incluí-la em um grupo, assim como descrever a criação desse grupo e analisar os efeitos percebidos nas demandas de saúde e nas manifestações de sofrimento da paciente após seis meses de participação. **Métodos:** Estudo de caso desenvolvido baseado em uma usuária singular e em sua participação no grupo de mulheres durante seis meses, utilizando-se observação participante, análise de conteúdo dos registros de observações e revisão de prontuários para avaliar a evolução do quadro de saúde e de sofrimento da usuária. **Resultados:** Constatou-se a redução do número de consultas em todas as especialidades, assim como do número de exames e uso de medicamentos. Os registros de observações sinalizaram que o grupo criou uma forte rede de apoio e suporte, que parecem ter contribuído para melhorar o quadro clínico e emocional da usuária. **Conclusões:** Foi possível identificar o benefício do grupo para a saúde da usuária. Este estudo traz contribuições aos profissionais da APS sobre como quantificar e qualificar essa ferramenta de cuidado, a fim de respaldar a potencialidade dos espaços grupais junto à gestão, à equipe e à população.

Palavras-chave: Grupos de apoio; Processos grupais; Atenção Primária à Saúde; Saúde das mulheres.

Autor correspondente:

Elisa Pinto Seminotti

E-mail: elisa.pseminotti@gmail.com

Fonte de financiamento:

não se aplica

Parecer CEP:

CAEE: 65253522.1.0000.5327

TCLE:

assinado pelos participantes

Procedência:

não encomendado.

Avaliação por pares:

externa.

Recebido em: 08/02/2023.

Aprovado em: 28/10/2024.

Como citar: Seminotti EP, Tavares MO, Giugliani C, Seminotti N. Grupo de mulheres: impactos do cuidado em coletivo na assistência individual a uma usuária hiperutilizadora. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2024;19(46):3668. [https://doi.org/10.5712/rbmfc19\(46\)3668](https://doi.org/10.5712/rbmfc19(46)3668)



Abstract

Introduction: The term high user of health services has an extensive interpretation range. Still, in general terms, it refers to a person with a higher frequency of doctor's visits than expected for their age group or sex. For family health services and teams, considering the complexity of alternative contexts, it is essential to identify a rise in the frequency of a subject's office visits so that factors that should be reconsidered in care flow can be addressed. Among the responsibilities of primary health care professionals is organizing patient groups. These groups play a significant role in broadening the patient's understanding of care spaces, demonstrating that care is not confined to individual consultations. In this study, patient groups are viewed as vital tools in creating a safe space for sharing negative experiences and collectively developing coping strategies for common demands. Upon identifying a high user of health services in the Santa Cecília practice and other units of the Hospital de Clínicas de Porto Alegre complex, the team realized its limitations in providing the necessary care. As an alternative, it established a women's group with a specific objective: to provide comprehensive care and support. **Objective:** To describe the profile of a high user of health services and the motivation to include them in a group, as well as describe the development of the mentioned group and assess the patient's perceived effects in terms of health needs and distress manifestations after 6 months of participation. **Methods:** A case study was conducted on the basis of a single user and her participation in a women's group for 6 months. We used the participant's observations, analyzed observation contents, and reviewed her health records to assess her case follow-up and condition. **Results:** We observed a reduction in the frequency of doctor's visits, number of complimentary tests, and prescription use in all specialties. Observation records suggested that the group developed a strong support network, which seems to have contributed to the improvement of the user's clinical and emotional conditions. **Conclusions:** We could observe the benefits of a women's group practice on the user's health. This study contributes to primary health care by providing evidence on how to quantify and qualify this care tool to support the implementation of collective spaces of care for various stakeholders such as public administration, health care teams, and the public.

Keywords: Self-help groups; Group processes; Primary health care; Women's health.

Resumen

Introducción: El término hiperutilizador tiene una gama extensa de interpretaciones, pero en términos generales es utilizado para designar a una persona que consulta con más frecuencia de lo esperado para ese grupo de edad y de género. Para el equipo de la salud de la familia, problematizar el aumento de la frecuencia de consultas para determinadas personas, considerando la complejidad de los diferentes contextos, es un paso necesario para identificar elementos a reconsiderar en la atención. Entre las responsabilidades de los profesionales que actúan en la Atención Primaria de Salud, está la organización de grupos, en una lógica de superación de las consultas individuales como único espacio de atención. En este estudio, el grupo es considerado como una herramienta de cuidado en ambiente seguro para compartir sufrimientos y experiencias, así como generar estrategias para afrontar demandas comunes. A partir de la identificación de una paciente hiperutilizadora de la unidad básica de salud Santa Cecília y de otros servicios del complejo del Hospital de Clínicas de Porto Alegre y de la observación de las limitaciones del equipo para brindar atención a su cuadro, se creó un espacio grupal de mujeres como una opción alternativa de atención. **Objetivo:** Describir el perfil de la persona hiperutilizadora en cuestión y las motivaciones para incluirla en un grupo, tal como describir la creación de este grupo y analizar los efectos percibidos sobre las demandas de salud y en las manifestaciones de sufrimiento de la paciente después de 6 meses de participación. **Métodos:** Estudio de caso desarrollado a partir de una sola usuaria y su participación en el grupo de mujeres por 6 meses, utilizando la observación participante, análisis de contenido de registros de observaciones y revisión de historias clínicas para evaluar la evolución de la condición de salud y del sufrimiento de la usuaria. **Resultados:** Hubo reducción del número de consultas en todas las especialidades, tal como del número de análisis y uso de medicamentos. Los registros de observaciones señalaron que el grupo creó una fuerte red de apoyo y soporte, que parecen haber contribuido a mejorar el cuadro clínico y emocional de esta usuaria. **Conclusiones:** Fue posible identificar el beneficio del grupo para la salud de la usuaria. Este estudio trae aportes a los profesionales de la APS de como cuantificar y cualificar esa herramienta de atención para apoyar el potencial de los espacios grupales junto a la gestión, al equipo y a la población.

Palabras clave: Grupos de autoayuda; Procesos de grupo; Atención Primaria de Salud; Salud de las mujeres.

INTRODUÇÃO

O termo hiperutilizador possui uma gama extensa de interpretações, havendo inclusive diferentes nomenclaturas para o conceito, como, por exemplo, “pessoas que consultam frequentemente”.¹ Em termos mais gerais, é utilizado para designar a pessoa que consulta com frequência superior à expectativa para aquele grupo etário e de gênero. Essa referência pode variar desde um ponto de vista subjetivo do profissional (aquelas pessoas que causam desconforto por sobrecarregar o profissional ou causar a sensação de insatisfação pela quantidade de consultas) até uma avaliação quantitativa baseada no número de consultas.¹ Em termos quantitativos, são aventadas formas de criar critérios para a definição de hiperutilizador: frequência de consulta acima do percentil 97 em relação ao padrão populacional ou

pessoas que visitam o médico entre sete e vinte vezes.¹ Epidemiologicamente, pacientes frequentes possuem doenças crônicas e necessidade de manejo medicamentoso; ainda, o gênero feminino tende a consultar mais. Existe também a sugestão de que as taxas de consultas são maiores para as pessoas que não compreendem o que causa os seus sintomas.¹

Para o médico e toda a equipe de saúde da família, problematizar o aumento na frequência de consultas de determinadas pessoas gera a revisão de conceitos e percepções associados a estas, com objetivo de identificar elementos a serem reconsiderados no cuidado a elas. Um ponto chave é avaliar se a elevação do número de consultas é transitória ou recorrente, e também se esses encontros estão gerando melhoria na situação de saúde e redução do sofrimento do paciente. Assim, é de responsabilidade da equipe questionar-se sobre outras possibilidades de manejo e cuidado a esse indivíduo. De forma a operacionalizar possíveis mudanças no cuidado, o médico de família e comunidade precisa resgatar as habilidades presentes em sua valise, que conta com equipamentos que se enquadram no âmbito das tecnologias duras (estetoscópio, esfigmomanômetro); com ferramentas que estão na sua cabeça, constituídas pelas tecnologias leve-duras (clínica e epidemiologia); e com aquelas que se desenvolvem no espaço relacional entre médico e usuário, fundamentos do vínculo (tecnologias leves).^{2,3}

A habilidade de utilizar a valise, explorando ao máximo todas as ferramentas, demanda um esforço consciente do médico para lidar com a pessoa hiperutilizadora. Numa proposta de modelo clínico integrado, proposto por Ramos e Carrapiço,¹ dá-se relevância à capacidade autorreflexiva do profissional, incluindo a percepção de suas fragilidades e limitações. Ainda, indica-se a necessidade de compreender os recursos da unidade e do sistema de saúde como um todo, os recursos comunitários e o contexto social. Podemos estender a questão da pessoa hiperutilizadora para outro conceito: o de “pacientes difíceis”. De forma geral, os pacientes considerados difíceis são aqueles percebidos de forma subjetiva pelo profissional como geradores de emoções negativas; os hiperutilizadores podem estar incluídos nessa categoria, ainda que não exclusivamente. A interface onde esses dois conceitos se encontram é o domínio do sofrimento mental ou psicossocial — pessoas que consultam com frequência, muitas vezes, possuem uma carga de sofrimento aumentada, assim como os “difíceis” igualmente refletem essa característica.^{1,4} A outra conexão entre esses conceitos é que ambos evidenciam as fragilidades do modelo biomédico que estigmatiza as pessoas, bloqueando a reflexão da prática.⁴

Partindo dessa ideia, compreende-se que as pessoas que consultam com frequência possuem uma combinação de sintomas físicos, emocionais e sociais, apresentando frequentemente sintomas vagos e pouco específicos. Freitas, Dal Magro e Felipi⁵ sinalizam a relação entre a somatização e a hiperutilização dos serviços de saúde, que se traduz em sintomas inexplicáveis e motivos de consulta inespecíficos. As queixas físicas são representações de aflições psíquicas do usuário que, se não compreendidas pelo profissional que o acompanha, levam a condutas pouco resolutivas e até iatrogênicas.

Há pouca certeza sobre intervenções eficazes para modificar a tendência dos hiperutilizadores em consultar frequentemente; no entanto, há consenso de que é necessário utilizar-se de autoconsciência das limitações e resgatar a versatilidade do médico para tentar alterar esse padrão.¹ Conforme a preparação, competência, carga de trabalho, estilo de abordagem, capacidade relacional e de comunicação, o profissional se torna protagonista do drama da pessoa hiperutilizadora, podendo melhorar ou piorar significativamente a situação. Portanto, é importante discutir instrumentos possíveis para gerar mais cuidado a estas pessoas.

Durante a residência em Medicina de Família e Comunidade (MFC) na Unidade Básica de Saúde (UBS) Santa Cecília, em Porto Alegre, das autoras principais, deparou-se com a experiência de consultas

frequentes de algumas pessoas. O caso de uma delas, especificamente, motivou a reflexão sobre a prática de cuidado oferecida, levando à constatação de que as consultas individuais não estavam sendo suficientes para dirimir as demandas e o sofrimento dessa paciente. Esta apresentava um quadro crônico relacionado a múltiplos fatores, e utilizava não só a UBS, como muitos serviços especializados na busca incessante pela melhora das suas moléstias, mas sem sucesso. Verificando que esse era um caso complexo de pessoa hiperutilizadora, mas não o único, buscou-se identificar outras pessoas nessa mesma categoria de usuários frequentes. Esse movimento possibilitou a percepção de um certo perfil, caracterizado por mulheres em sofrimento psíquico prolongado, que consultavam com frequência e que possuíam uma rede de apoio frágil. Partindo da ponderação sobre possíveis instrumentos de assistência direcionados a esse perfil identificado, pensou-se em criar um grupo em formato de espaço de convivência, partilha e escuta, que acolhesse essas mulheres e que também pudesse ser uma forma de diminuir a frequência de consultas.

A realização de grupos é um tipo de intervenção passível de ocorrer na atenção primária à saúde (APS), e possibilita o desenvolvimento de ações que rompem a lógica das consultas individuais como o único espaço de cuidado. Oferece-se, no ambiente coletivo, educação em saúde, integração, troca de experiências e ampliação de rede de apoio.⁶ A abordagem grupal qualifica o cuidado em saúde, considerando que expandir a capacidade de cuidar dos profissionais de saúde exige a ruptura da hierarquia biomédica tradicional e o investimento em processos em que o cuidado valorize os saberes das pessoas e das equipes.⁷ As pessoas conversando em um grupo compartilham problemas e geram soluções aos problemas que têm, alicerçados em saberes populares, oriundos de suas próprias experiências.

Conforme Zimerman e Osório,⁸ a caracterização de um grupo se baseia em muitos elementos intrínsecos, sendo mais que somente o somatório de pessoas, mas uma entidade em si. Além disso, as pessoas do grupo se reúnem com um objetivo comum e claro a todos, com combinações prévias e regras a serem observadas, comportando-se como uma totalidade. Na operacionalização de um grupo, devem-se seguir algumas recomendações para seu potencial sucesso: seleção adequada de indivíduos para aquele objetivo, enquadre (tal como as regras e combinações), manejo das resistências que podem surgir no campo grupal (que se dirime ao ter clareza dos papéis de cada um), manejo dos aspectos transferenciais e comunicação clara, figuram entre elas. Os grupos, tal como descritos acima, se diferenciam de práticas ou atividades coletivas mais amplas que podem ocorrer no âmbito da APS. Como, por exemplo, as reuniões entre profissionais de saúde ou com a população, atividades do conselho local, grupos de educação em saúde, oficinas, grupos de atividade física, atendimento em grupo de condições de saúde, procedimento coletivo como avaliação antropométrica, assim como momentos de mobilização social.⁹

Em suma, apresentamos neste artigo uma análise de como a vivência do atendimento a uma paciente hiperutilizadora gerou a reflexão sobre ferramentas assistenciais diferenciadas. Isso ocorreu diante de um quadro crônico multifatorial, com pouca melhora ou alívio do sofrimento, apesar de um grande número de consultas individuais, levando à criação de um novo espaço de cuidado fora do consultório. O objetivo deste estudo é descrever o perfil da pessoa hiperutilizadora em questão e as motivações para incluí-la em um grupo, assim como descrever a criação desse grupo e analisar os efeitos percebidos nas demandas de saúde e nas manifestações de sofrimento da paciente após seis meses de participação. Como objetivos secundários, pretendemos discutir as potencialidades da APS como coordenadora do cuidado e como espaço que possibilita diversas tecnologias de cuidado, com destaque aos grupos.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo de caso que analisa o processo de participação de uma pessoa hiperutilizadora em um grupo de mulheres de uma UBS, e os efeitos percebidos sobre a sua saúde.

O grupo de mulheres foi criado em um formato no qual todas as participantes pudessem conversar entre si, de forma diferente das práticas grupais comuns disponibilizadas nos serviços de saúde — focados predominantemente em orientação e palestras, centrados na figura do profissional.¹⁰ Teve como diretrizes básicas: ser um grupo para mulheres, com no máximo 10 usuárias participantes, perfil de sofrimento mental prolongado e pouca rede social e suporte familiar. No grupo, executando-se procedimentos de facilitação, proporcionou-se um local protegido e um ambiente de segurança psicológica para que as usuárias pudessem exercer sua autonomia e corresponsabilidade no compartilhamento de problemas. Os acordos sobre o funcionamento do grupo foram definidos em conjunto, entre facilitadoras e participantes. Algumas das combinações realizadas foram: apresentar-se para que todas se conheçam, definir regras e combinações, objetivos do grupo, dentre outras. Com isso, foi possível proporcionar um ambiente de segurança psicológica que garantisse a livre expressão do pensar e sentir relativos às questões singulares da vida das participantes, propiciando, também, a conversação entre todas: no mesmo lugar em que elas compartilham dificuldades, também compartilham e criam soluções.

Os encontros do grupo ocorreram semanalmente, com duração de 1 hora e 15 minutos, sempre no mesmo dia da semana e horário. Para este estudo, foi analisado um período de seis meses, de setembro de 2022 a fevereiro de 2023. Este grupo se caracteriza como aberto, sem temas pré-definidos, surgindo os assuntos de forma espontânea pelas participantes, fundamentados em perguntas abertas disparadoras evocadas pelas facilitadoras no início de cada encontro. As facilitadoras foram as residentes de MFC, contando quinzenalmente com observação por orientadora responsável (todas autoras deste trabalho). Em cada encontro, as residentes alternavam os papéis de facilitadora e observadora. Aquela que estava no papel de observadora também ficava responsável pelos registros de observação, os quais foram armazenados na nuvem por meio do software *Google Drive*. Os registros foram revisados e discutidos quinzenalmente com um supervisor, especialista em grupos na APS, também autor deste trabalho. Ainda, foi criado pelas participantes um grupo de *WhatsApp*, em que as mensagens circularam livremente, sendo que a análise destas foi feita retrospectivamente após o período final de seis meses.

O estudo de caso, como método de pesquisa, caracteriza-se por detalhar uma unidade de pesquisa, aprofundando a análise e a discussão para criar mudança com base em uma vivência real.¹¹ Para isso, utiliza-se dados tanto quantitativos quanto qualitativos para aclarar determinados aspectos. Foi empregada a técnica de observação participante, em que foram realizados registros por escrito dos encontros do grupo. Esses registros de observações, bem como aqueles das conversas coletivas que circularam no aplicativo *WhatsApp*, foram analisados por meio da análise de conteúdo. A análise realizada se baseia em um conjunto de técnicas que procuram tornar replicáveis e válidas as inferências sobre determinado processo. Conforme Minayo,¹² a análise de conteúdo busca analisar a leitura das falas para atingir mais profundidade, ultrapassando os sentidos manifestos no material.

Ademais, foi realizada a revisão de prontuários no sistema informatizado do Hospital de Clínicas como fonte para as informações utilizadas na avaliação das mudanças no padrão de saúde da paciente (quantidade de consultas, motivos das consultas, uso de psicofármacos, mudança de padrão de sintomas) desde o início da participação no grupo até o fim deste estudo (período de seis meses).

O termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) foi aplicado a todas as participantes, incluindo a paciente que é foco deste estudo. Este projeto de pesquisa está em conformidade com as normas da CONEP, conforme Resolução Nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição envolvida (CAEE: 65253522.1.0000.5327).

RESULTADOS

A usuária da qual tratamos aqui é uma mulher branca, de 68 anos, casada, com dois filhos, aposentada (previamente trabalhava como cuidadora de idosos, além de ter uma formação como técnica de enfermagem), católica, com nível médio completo de escolaridade. É acompanhada na UBS desde 2014, tendo iniciado o acompanhamento com a autora principal deste artigo em janeiro de 2022. Durante esse período (oito anos), foi possível subtrair do prontuário (acessível pelo programa AGHuse do Hospital de Clínicas) consultas com 14 especialidades médicas, além de consultas com profissionais de enfermagem, psicologia e serviço social, totalizando 356 registros de consultas (média de 44 consultas ao ano) somente nos serviços do hospital referido. Nesse mesmo período e hospital, ela passou por 12 cirurgias; destas, 10 ortopédicas. Foram solicitados aproximadamente 465 exames (laboratoriais e de imagem) desde 2013 — média de 51 exames/ano. Na rede municipal, foram realizadas 16 consultas em sete anos, incluindo mais duas especialidades médicas, diferentes das 14 já consultadas. Além disso, consultava havia muitos anos uma psiquiatra particular.

Apresentava, no primeiro contato, a seguinte lista de problemas: transtorno de personalidade, depressão recorrente, dor osteomuscular crônica, fibromialgia, gonartrose, síndrome do túnel do carpo, bursite trocantérica, tuberculose, doença do refluxo gastroesofágico, investigação de doença sistêmica e dispneia. A lista de medicamentos já utilizados e sem sucesso contava com oito substâncias, estando naquele momento em uso de nove fármacos, entre vitaminas, antidepressivos e moduladores de dor. Apesar de avaliações e acompanhamento por determinado período de tempo, a paciente não apresentava resposta para suas demandas e/ou sintomas, o que acabou resultando em alta de 12 das 14 especialidades consultadas. Importante esclarecer que, ainda que houvesse registro de “alta” para a paciente, isso não significou, na prática, a impossibilidade desta de continuar comparecendo a esses serviços, pois a pessoa não é proibida de ser novamente encaminhada ou de comparecer ao local (como o serviço de dor, por exemplo, que tem porta aberta em alguns dias). Os registros de “alta” examinados no prontuário continham observações dos profissionais relativas à baixa resposta ou à necessidade de ser reencaminhada a outra especialidade.

Nas primeiras consultas de acompanhamento com a residente/autora, que passou a ser a médica assistente, foram revistos os diagnósticos e exames complementares, o que levou a resumir a lista de problemas a três questões básicas: transtorno de personalidade do Cluster B (diagnóstico corroborado pela psiquiatra que a acompanha), síndrome da fadiga crônica e síndrome da dor crônica. Estas duas últimas síndromes a levavam mais constantemente às consultas na APS, sempre sem melhora.

Inicialmente, a oferta do grupo como opção terapêutica e ferramenta de cuidado não foi bem recebida pela paciente. Esta pensava que não se sentiria bem nesse espaço coletivo; da mesma forma, via essa alternativa como muito simplória, considerando que já havia feito os tratamentos mais avançados (medicamentosos e, inclusive, eletroconvulsoterapia). Para a médica assistente, esse recurso surgiu como nova opção terapêutica (ainda que a usuária não tivesse o melhor perfil para participar de um grupo, por não o desejar inicialmente), pois, em um quadrimestre de atendimentos, os medicamentos haviam

sido corrigidos e otimizados, ofertaram-se agulhamento a seco, auriculoterapia, psicoeducação sobre dor crônica, considerações sobre *cannabis*, massagens, orientações sobre exercícios e alongamentos; tudo com muito pouco sucesso.

No início, após consentir em participar do grupo, a usuária compareceu somente quinzenalmente no primeiro mês, contrariando uma das regras grupais (contrato realizado entre as participantes e facilitadoras no primeiro encontro e revisto conforme necessidade). Na sequência do segundo mês, pode-se observar a mudança na sua percepção pessoal dos acontecimentos, quando escreve no WhatsApp: *“Estou começando a compreender o que é um grupo terapêutico (...) Quem sabe começo a mudar minha opinião sobre ‘grupo’”* ou *“(…)refletindo dos mistérios do impacto de como nasce, surge um grupo de pessoas que nunca se viram mas que parece que conhecem a¹ tempo e se reencontram um dia”*.

Em uma consulta, após três meses de participação no grupo, a usuária se queixa de um sintoma que não havia aparecido previamente - dor intensa no estômago e queimação retroesternal. Na conversa, lembramos que outra participante do grupo comentou que parecia que a paciente *“tinha muita coisa guardada”*, após ela comentar que *“engolia muita coisa”*. No seguinte encontro grupal, a paciente traz uma vivência traumática ocorrida na infância, que fora poucas vezes compartilhada na sua vida. Apesar do conteúdo com alto impacto emocional, houve continência grupal e apoio imediato. No mesmo dia, ela escreve: *“Meninas, fiquei muito atrapalhada. Tudo vem na mente. DESCULPEM (...) Puxa são só 6 pessoas que sabem disso. 3 primas.. que não acreditou, dras (...) e agora vocês (...) Parece que estou com 12 13 anos e me sinto perdida”*. Aqui, observamos a relação presumida entre o aumento das consultas (descrição a seguir) e o sofrimento mental. Cabe comentar que a queixa de refluxo nunca mais voltou a ser citada pela paciente.

Esse episódio auxilia na compreensão da associação entre traumas e dores emocionais a sintomas fisiológicos: quantitativamente, pode-se analisar as consultas da paciente com relação ao que ocorria no grupo. Assim que inicia, as consultas variam de zero a uma por mês; ao final do terceiro mês, após o relatado acima, a paciente recorre ao serviço cinco vezes por dores agudizadas. Nas duas semanas seguintes ao relato traumático, falta ao grupo e, em contrapartida, comparece à UBS referindo dores insuportáveis. Terapeuticamente, apresenta melhora em consulta após escuta empática.

Quando consegue retornar aos encontros do grupo, as consultas vão diminuindo aos poucos. *Eu vim para o grupo forçada pela dra (...); sua dedicação, foco, sabedoria, determinação, persistência e de muita teimosia, conseguiu reunir pessoas (nós) pra ajudar e tentar fazer com que tenhamos uma qualidade de vida melhor. Fazer superar nossos medos, traumas, angústias, trazer de volta pra nós a confiança, a fé de que SIM, é possível acreditarmos em no possível do amanhã será melhor.”*

Por meio da avaliação de prontuário, foi possível determinar resultados visíveis na quantidade de consultas a todas as especialidades, assim como no número de exames e uso de medicamentos da paciente aqui descrita. Nos anos anteriores, constatou-se que havia em média 44 consultas/ano, somando APS e atenção secundária (especialidades focais); mais especificamente, nos seis meses anteriores ao início do grupo, a paciente consultou 20 vezes. Nos seis meses de participação no grupo, ainda que a paciente não tenha comparecido a todos os encontros, as consultas caíram para oito (foram excluídas da análise cinco consultas com oftalmologista, dado que a usuária realizou cirurgia de catarata já agendada previamente ao início do grupo), totalizando uma diminuição de 60% das visitas em comparação ao semestre anterior, e 81% se comparado aos anos anteriores. Em termos de exames, mesmo com a cirurgia, seis foram solicitados (no contexto geral de todas as consultas, tanto nas especialidades como

1 Os erros ortográficos não foram corrigidos, a fim de manter a autenticidade das mensagens originais.

na APS), observando-se queda de 79% em relação ao semestre anterior (29 exames solicitados). No último mês do grupo não houve consultas à UBS, somente uma aplicação intra-articular para dedo em gatilho, previamente agendada. A usuária vinha fazendo os exercícios orientados em casa, solicitando espontaneamente a diminuição da dosagem de medicamentos moduladores da dor em 25%.

DISCUSSÃO

Este não é um caso simples, e por isso encontramos relevância em trazê-lo como exemplo de pessoas que precisam de cuidados ampliados que podem e devem ser oferecidos na APS, valorizando a inserção na comunidade que caracteriza a Medicina de Família e Comunidade. No desenvolver dos encontros, pudemos avaliar de forma objetiva e subjetiva a mudança no perfil de saúde e de sofrimento da usuária que foi foco deste estudo de caso, assim como evidenciar como o trabalho em grupo propicia a interação entre pessoas plurais, com histórias de vida diferentes e conhecimentos únicos. Os resultados obtidos, que evidenciam a diminuição do número de consultas, exames e medicamentos, podem ser atribuídos a um conjunto de fatores; entre eles, o fortalecimento do vínculo com a APS, a ampliação das estratégias de cuidado, escuta e rede de apoio propiciados mediante a participação no grupo, e também como resultado da centralização do cuidado na UBS com profissionais definidos. Sobre os períodos em que houve aumento da frequência de consultas, parece ter havido relação com gatilhos acionados no grupo. Ramos e Carrapiço¹ alertam sobre os fatores *trigger* (disparadores) relacionados com necessidades emocionais e de saúde dos hiperutilizadores, que ocasionam acréscimo de visitas. Existem evidências crescentes da associação do trauma emocional à persistência da dor, sendo inclusive um fator predisponente à dor crônica.¹³

Constatamos que o espaço do grupo possibilitou trocas de experiências que levaram a transformações subjetivas difíceis de serem alcançadas com atendimento individual. Desde que bem estruturado em termos de finalidade e manejo, este tipo de oferta de cuidado na APS potencializa e se traduz em resultados visíveis, possibilitando, além de tudo, uma rede de apoio e suporte. Sendo assim, o grupo torna-se um lugar de fortalecimento de saúde e de prevenção de doenças.⁶ A possibilidade terapêutica do atendimento em grupo fica evidente na fala da paciente “(...) *começo a sentir que dividir o peso, problemas com vcs fico mais leve. Muito obrigada*”.

As atividades grupais objetivam também oferecer apoio social e criação de rede. Há evidências cumulativas demonstrando que os laços sociais e a sensação de pertencimento a um grupo, e de sentir-se cuidado como consequência dessa interação, estão positivamente associados à saúde mental e física e à expectativa de vida.¹³ Ainda que alguns autores indiquem que as necessidades sociais e emocionais das pessoas piorem os quadros de dor e fadiga,¹³ há poucos relatos da potência do cuidado coletivo. Espera-se que transpareça, neste trabalho, que a APS deve ser fortalecida pelo trabalho conjunto dos profissionais, em prol de constituir-se realmente como organizadora do cuidado. O grupo, como estratégia, configura-se em si como uma potência extraordinária; no entanto, é preciso dedicar-se, facilitar as conversações entre as participantes, seguindo procedimentos recomendados.¹⁴ Na literatura sobre psicologia dos grupos,^{8,15} existe consenso sobre a necessidade de estabelecer regras e combinações de convivência entre os/as participantes do grupo (um *setting*) que garantam um clima de segurança psicológica. Além disso, acordam sobre um elenco de procedimentos técnicos, que possibilitem e fomentem a conversação circular entre todos/todas e a possibilidade de reflexão e de aprendizagem e *insight*.

É importante, neste caso, ressaltar a questão de gênero. Embora alguns aspectos orgânicos sejam primordiais para a abordagem de saúde das mulheres, elas são sabidamente a principal população que

busca atendimento na APS, dado corroborado pela pesquisa Nacional de Saúde de 2019.¹⁶ Muitas mulheres com sofrimento mental encontram problemas e barreiras para abordar questões inerentes à condição de ser mulher. Como visto, as abordagens em grupo, quando facilitado segundo os procedimentos recomendados,¹⁴ oferecem um ambiente seguro de compartilhamento de sofrimentos e vivências, tais como relações amorosas abusivas, rompimentos afetivos, situações de violência, abortamento, bem como outras questões que atravessam a vida das mulheres e que produzem vulnerabilidade. Além disso, são espaços que oportunizam a geração de estratégias de enfrentamento a demandas comuns.⁷

Uma das maiores dificuldades encontradas para a realização de grupos na APS, descrita na literatura - e que também encontramos de forma pronunciada na nossa experiência - está a compreensão de que atendimentos individuais devem ser priorizados.⁷ Há, em torno dos grupos, certa banalização, tornando-os mais sujeitos a situações desfavoráveis — dificultar espaço físico e em agenda, desvalorizar o profissional que o propõe, não haver nenhum tipo de financiamento específico, não prever espaço protegido na rotina dos profissionais para esta atividade. De fato, não se pode considerar qualquer união de pessoas como “um grupo” coeso com objetivos específicos para o cuidado. É preciso ter certa horizontalidade, ajuste de ideias e pensamentos por parte da equipe.⁷ Além disso, deve-se considerar o cenário da APS em cada local. Muitas vezes, o que acontece é que a potencialidade de uma atividade coletiva é revertida em favor de formas clássicas de atendimento e suas concepções estagnantes e médico-centradas, não só por falta de interesse político como também por ignorância da equipe, que não busca por atualização de tecnologias. Ainda, convém sublinhar que há desconhecimento dos médicos sobre como facilitar grupos, já que isso não tem espaço em sua formação.^{7,14} Buscamos com este estudo trazer contribuições aos profissionais da APS de como quantificar e qualificar essa ferramenta de cuidado, em prol de respaldar a potencialidade dos espaços grupais junto à gestão, à equipe e à população.

CONCLUSÃO

O caso estudado, por meio de suas particularidades (uma pessoa hiperutilizadora do serviço de saúde, com problemas de saúde diversos e sem boas respostas aos manejos, que inicialmente não manifestava desejo de participar de um grupo terapêutico, e cuja participação resultou em visíveis impactos positivos), traz novas evidências de que as tecnologias leves podem produzir saúde, associando-se às tecnologias duras e leves-duras, empregadas pelo/a médico/as. Além disso, este trabalho oferece ao/à médico/a, caso ele/ela queira, orientações para constituir um grupo de usuárias, de maneira que o ambiente do grupo ofereça condições para que as pessoas que participam possam ajudar-se na solução dos problemas.

CONFLITO DE INTERESSES

Nada a declarar.

CONTRIBUIÇÕES DOS AUTORES

EPS: Conceituação, Curadoria de Dados, Análise Formal, Escrita – Primeira Redação, Escrita – Revisão e Edição. MOT: Conceituação, Curadoria de Dados, Escrita – Revisão e Edição. CG: Metodologia, Supervisão, Escrita – Revisão e Edição. NS: Metodologia, Supervisão, Escrita – Revisão e Edição.

REFERÊNCIAS

1. Ramos V, Carrapiço E. Pessoas que consultam frequentemente. In: Gusso G, Lopes JMC, Dias LC, orgs. Tratado de Medicina de Família e Comunidade: Princípios, Formação e Prática. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2019. p. 627-648.
2. Gervas J, Fernández MP. El cabás y el profesional sanitario. Cuatro maletines que definen el trabajo. *Gac Med Bilbao* 2012;109(3):89-92. <http://doi.org/10.1016/j.gmb.2012.04.001>
3. Merhy EE. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. 2ª ed. São Paulo: Hucitec; 2005.
4. Carrapiço E, Ramos V. Pessoas consideradas doentes difíceis. In: Gusso G, Lopes JMC, Dias LC, orgs. Tratado de Medicina de Família e Comunidade: Princípios, Formação e Prática. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2019. p. 651-667.
5. Freitas FB, Dal Magro ML, Felipi E, orgs. Grupos de Desenvolvimento Humano: uma estratégia para trabalho com grupos nas políticas públicas. Chapecó: Argos; 2020. 303 p.
6. Gonçalves DA, Ballester D, Chazan LF, Almeida NS, Fortes S. Intervenções Psicossociais na Atenção Primária à Saúde. In: Duncan, B.B organizer. Medicina Ambulatorial: Condutas de atenção primária baseadas em evidências. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2022. p. 5349-5366.
7. Seminotti N. O pequeno grupo como um sistema complexo: uma estratégia inovadora para produção de saúde na Atenção Básica. Porto Alegre: Rede UNIDA; 2016. 217 p.
8. Zimerman D, Osorio LC. Como trabalhamos com grupos. Porto Alegre: Artmed; 1997.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. e-SUS Atenção Básica. Manual de preenchimento das fichas de coleta de dados simplificada: CDS – Versão 3.0 [Internet]. Secretaria Executiva. (Versão preliminar). Brasília: Ministério da Saúde; 2018. 145 p [acessado em 03 out. 2024]. Disponível em: https://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/Manual_CDS_3_0.pdf.
10. Maffaccioli R, Lopes MJM. Os grupos na atenção básica de saúde de Porto Alegre: usos e modos de intervenção terapêutica. *Ciênc Saúde Coletiva* 2011;16 (Suppl 1):937-982. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000700029>
11. Godoy AS. Pesquisa qualitativa: tipos fundamentais. *Rev Adm Empres* 1995;35(3):20-29. <https://doi.org/10.1590/S0034-75901995000300004>
12. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 9ª ed. São Paulo: Hucitec; 2006.
13. Vitorino SS, Tardivo LS. Intervenção psicológica grupal em dor crônica publicadas na Psycinfo em 2018. *Vínculo* 2019;16(2):1160-1185. <https://doi.org/10.32467/issn.19982-1492v16n2p1160-185>
14. Seminotti N, Pinto RM. PluriVox Program in Brazil's Unified Health System: five-step group work to promote patient health behaviors. *Aletheia* 2022;55(1):224-240. <https://doi.org/10.29327/226091.55.1-12>
15. YALOM, ID, LESZCZ, M, COSTA, RC. Psicoterapia de grupo: teoria e prática. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2006.
16. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Pesquisa Nacional de Saúde 2019 [Internet]. 2019 [acessado em 22 jul. 2024]. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/saude/9160-pesquisa-nacional-de-saude.html?=&t=o-que-e>