

## **Atenção Psicossocial e a interface com a Atenção Primária à Saúde: a inserção de grupos de saúde mental como prática possível**

Marta Libanório Sette<sup>1</sup>, William Ávila de Oliveira Silva<sup>2</sup>, Cosme Rezende Laurindo<sup>3</sup>

### **Resumo**

Os grupos são instrumentos de intervenção psicossocial de domínio dos profissionais da Atenção Primária à Saúde (APS) que possibilitam trocas de experiências e transformações subjetivas. Trata-se de uma modalidade assistencial potente para atender à demanda de uma nova concepção de cuidado proveniente a partir da Reforma Psiquiátrica Brasileira, que privilegia a atenção psicossocial, o território e a desinstitucionalização. Este estudo objetivou desvelar a inserção dos grupos de Saúde Mental nas Unidades de Atenção Primária à Saúde, compreendendo as vias de implementação, a partir do apontamento da interface entre a APS e a Saúde Mental. Trata-se de uma revisão bibliográfica, não sistematizada, com subsequente discussão das referências lidas para elaboração do texto final. O texto foi dividido nos seguintes eixos temáticos: Reforma Psiquiátrica Brasileira e Atenção Psicossocial; Saúde Mental e Atenção Primária à Saúde; e Grupos de Saúde Mental e Unidades de Atenção Primária à Saúde. Percebe-se que a prática grupal atende à dinamicidade das demandas da comunidade, bem como é prática possível de se aquedar à infraestrutura dos serviços, podendo ser realizada de maneiras distintas. Os profissionais podem procurar pela metodologia que melhor se adequa ao seu processo de trabalho, o que favorece a sua aplicabilidade. Pôde-se perceber a potência que os grupos têm para romper com a lógica curativa, possibilitando um cuidado libertador.

**Palavras-chave:** Atenção Primária à Saúde. Centros de Saúde. Saúde Mental. Sistemas de Apoio Psicossocial. Grupos.

---

<sup>1</sup> Licencianda em Enfermagem. Faculdade de Educação, Universidade Federal de Juiz de Fora.

<sup>2</sup> Enfermeiro Residente. Programa de Residência Multidisciplinar em Saúde da Faculdade, Hospital Universitário, Universidade Federal de Juiz de Fora.

<sup>3</sup> Mestrando em Saúde Coletiva. Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva, Departamento de Saúde Coletiva, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Juiz de Fora.

## Introdução

Atualmente a lógica em saúde mental defendida pela Política Nacional de Saúde Mental (BRASIL, 2001) baseia-se numa assistência de base comunitária, de abordagem psicossocial, que deve ser prestada seguindo-se os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 1990), que preconiza, entre outros, a integralidade, equidade, universalidade, resolutividade, intersetorialidade, humanização do atendimento.

A concepção atual é resultado do movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB) iniciado em meados da década de 70, estendendo-se até os dias atuais, sendo que dentro desta lógica, a atenção em saúde mental deve ser realizada sempre o mais próximo possível da realidade de quem necessita o cuidado, buscando inserção social deste, independente da gravidade do transtorno mental apresentado.

Quando analisados os dados epidemiológicos, no Brasil, em 2016, obteve-se quase 11 mil mortes por transtornos mentais ou uso de substâncias e uma prevalência de 18,71% da população (GBD, 2017). Cerca de uma em cada quatro pessoas que procuram a Atenção Primária à Saúde (APS) tem algum transtorno mental (OMS, 1997), demonstrando assim a importância da realização de ações específicas neste nível de atenção, para que se alcance principalmente a integralidade do cuidado, mesmo não sendo um serviço especializado.

O Ministério da Saúde (MS) (BRASIL, 2017a) reconhece essa importância quando estabelece que os usuários com transtornos mentais devem ser atendidos por este nível de atenção prioritariamente, sendo que para os casos de referência ao serviços especializado, a assistência deve ser prestada com corresponsabilidade, exigindo ainda ações da APS frente a usuários com transtornos mentais graves e persistentes, visto que é este serviço que apresenta maior proximidade e maiores chances de acompanhamento do território no qual se insere o usuário.

Tem-se enquanto instrumento de intervenção psicossocial e de domínio dos profissionais da APS a realização de grupos, visto que é uma proposta de assistência que, desde que bem pensada “em sua finalidade, estrutura e manejo, permite uma poderosa e rica troca de experiências e transformações subjetivas que não seria alcançável em um atendimento de tipo individualizado” (BRASIL, 2013, p.121).

Atendendo à indicação de trabalhos que rompam com a lógica curativa e passiva de assistência, os grupos de saúde mental apresentam-se enquanto metodologia acolhedora com foco na sociabilidade e cuidado (BERNARDO; GARBIN, 2011). Possibilitam a atuação interdisciplinar, de forma a tornarem-se essenciais para um cuidado equânime, resolutivo e integral, sendo ação relevante no processo de cuidado, com resultados positivos e que deve ganhar espaço nos serviços e instituições da rede de atenção à saúde (BENEVIDES *et al.*, 2010).

Faz-se importante estudos que desvelem de que forma que esse modelo assistencial pode ser efetivado na prática, compreendendo as concepções de cuidados provenientes do movimento da RPB, a interface entre a saúde mental e a APS, além da compreensão de grupos enquanto estratégias de cuidado, sendo este o objetivo deste trabalho.

A partir de uma revisão bibliográfica, não sistematizada, com subsequente discussão das referências lidas para elaboração do texto final. Este estudo traz na primeira parte os principais marcos da RPB, buscando elucidar a mudança nas concepções de cuidado em Saúde Mental, com redirecionamento das ações assistenciais para atender a essa nova perspectiva. Na segunda parte é discutida a interface entre a Saúde Mental e a APS,

apontando as potencialidades e dificuldades da efetivação da assistência a partir das concepções provenientes do período primeiramente apresentado. Na terceira parte há então a compreensão da viabilidade da assistência em modalidade grupal em um dos principais equipamentos da APS, as Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS), percorrendo as modalidades grupais.

## **Reforma Psiquiátrica Brasileira e Atenção Psicossocial**

Em meados da década de 70, dois movimentos alteraram a realidade da assistência em saúde, a partir da reivindicação popular por melhoria na qualidade da assistência prestada: Reforma Sanitária e a RPB.

O primeiro buscou melhorias em relação ao acesso, a gestão e prestação de serviços na área da saúde, já o segundo, inspirado pela experiência italiana de desinstitucionalização em psiquiatria cunhada por Franco Basaglia, procurou melhoria nas condições de assistência à pacientes que sofriam com transtornos mentais, bem como reivindicar um novo modelo assistencial que contornasse os maus tratos sofridos pelos pacientes nas instituições psiquiátricas (BRASIL, 2005).

Estes movimentos foram bases para a implementação de um novo modelo de assistência iniciado a partir da década de 90, sendo este realizado a partir do SUS, trazendo princípios idealizados pelos movimentos destacadas, entre eles, universalidade, integralidade, equidade, assistência de base comunitária e psicossocial.

Dentro desta lógica, foi implementada o Programa Saúde da Família (PSF), que futuramente viria a se tornar a Estratégia Saúde da Família (ESF), implementada nos dispositivos UAPS.

A RPB traz avanços importante quanto ao tratamento de pessoas com transtorno mental vide que no momento de seu início, o contexto era de tratamento realizado em espaços de enclausuramento. A partir das críticas que foram tecidas a essa forma de assistência, transformações foram compondo o cenário da luta a favor da saúde mental em espaços abertos, em detrimento das medidas estritamente manicômiais (RIBEIRO, 2007).

Surgiu num contexto em que, a partir da organização de protagonistas de diversos setores, foram feitas denúncias quanto à violência dos manicômios, à mercantilização da loucura e à hegemonia de uma rede privada de assistência, necessitando de uma reorganização nacional da assistência desta área que atendia, na época, ao chamado saber psiquiátrico e ao modelo hospitalocêntrico (BRASIL, 2005).

Um marco histórico para o setor de saúde mental, que veio a possibilitar mudanças a nível nacional, foi a Conferência Regional para a Reestruturação da Assistência Psiquiátrica, realizada em Caracas, em 1990.

Deste, saiu o documento final intitulado “Declaração de Caracas”, no qual os países da América Latina, inclusive o Brasil, comprometeram-se a promover a reestruturação da assistência psiquiátrica de forma a rever criticamente o papel hegemônico e centralizador da assistência hospitalocêntrica, lutar pelos direitos civis, pela dignidade pessoa e pelos direitos humanos dos usuários, além de prestar assistência com base territorial, comunitária (OMS/OPAS, 1990).

Essa reestruturação envolveu um conjunto de transformações marcadas por saberes, práticas e valores socioculturais contrapostos aos presentes no dia a dia das instituições da época (BRASIL, 2005), requerendo o desenvolvimento de novas práticas, que foram

institucionalizadas e firmadas com a Lei 10.216/2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental (BRASIL, 2001).

Amarante (1999) estabeleceu quatro campos de intervenção vide complexidade do projeto que se iniciara: o campo teórico-conceitual, relacionado ao processo de desconstrução e reconstrução de conceitos básicos da psiquiatria; o campo técnico-assistencial, voltado para a construção de uma rede de serviços substitutiva ao modelo anterior; o campo sócio-cultural, com o objetivo de transformar o imaginário social relacionado à loucura/doença mental; e o campo jurídico-político, vinculado ao processo de revisão das legislações civil, penal e sanitária.

Nesse contexto, tomando-se as práticas substitutivas, tem-se enquanto foco a atenção psicossocial, que preconiza sempre considerar as dimensões biológica, psíquica e social dos indivíduos, vide que não há produção de saúde sem produção de saúde mental, com a principal abordagem sendo a reabilitação psicossocial (BRASIL, 2014).

A reabilitação psicossocial é compreendida como uma estratégia de atenção ao paciente no desenvolvimento de sua autonomia, no gerenciamento de sua própria vida, em num “processo de reconstrução, um exercício pleno de cidadania [...]” (SARACENO, 2001, p. 16).

Hirdes (2001) descreve as várias etapas que devem ser seguidas para alcançar a reabilitação psicossocial, dentre elas: a redução da sintomatologia e iatrogenia; redução da discriminação e estigma do doente mental; apoio familiar e social; reabilitação profissional e emprego; e aumento das habilidades sociais dos indivíduos

Para a efetivação da reabilitação psicossocial esbarra-se em dificultadores, necessitando principalmente que haja superação do paradigma tradicional de saúde/doença mental, que norteia conceitos e práticas terapêuticas, de maneira que os profissionais compreendam a real capacidade dos usuários de transitar como cidadão nos mais variados segmentos da vida social, sem que haja uma normose (JORGE *et al.*, 2006).

A atenção psicossocial preconiza um cuidado produzido pela relação entre equipe e usuário, não se restringindo à administração de psicofármacos nem à realização de psicoterapias; construindo novas possibilidades de vida (BENEVIDES *et al.*, 2010), configurando-se enquanto um conjunto amplo de transformações práticas e de proposições teóricas, éticas e política (COSTA-ROSA, 2013).

Como nos aponta Yasui, Luzio e Amarante (2018, p.175):

A Atenção Psicossocial é um ensaio que encarna diferentes planos: práticas diversas construídas em diálogo entre distintos núcleos de saberes, ferramentas teórico-conceituais a partir da desconstrução e desnaturalização dos fundamentos do modo hegemônico médico, formulação de política, apostas em modos diversos de fazer andar a vida.

Entende-se que esse cuidado só se efetivará quando se avaliado o território ao qual pertence e permeia o sujeito, sendo esta lógica norteadora das ações a serem postas em prática pelos serviços, de forma intrinsecamente associada ao tempo e ao lugar em que as ações são elaboradas e realizadas, considerando para além do espaço geográfico (LIMA; YASUI, 2014).

A ênfase das ações de saúde mental no território constitui-se, ainda, na própria essência da desinstitucionalização da psiquiatria (HIRDES, 2009), sendo que para que sejam alcançadas desta forma, é necessária assistência pautada sobre uma rede que vise atender integralmente o sujeito.

Mais recentemente, em 2011, com a Portaria nº 3.088, ficou instituída a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de álcool e/ou outras drogas. Essa portaria institui uma atenção à saúde mental integrada, efetiva e articulada em seus diferentes pontos, que são: UAPS; Centros de Atenção Psicossocial; Unidades de Urgência e Emergência; atenção residencial transitória; atenção hospitalar; residências terapêuticas e estratégias sociais de geração de trabalho e renda (BRASIL, 2011).

De acordo com a legislação, a RAPS nesse modelo tem como diretrizes: a defesa dos direitos humanos, garantindo a autonomia, a liberdade e o exercício da cidadania; a promoção da equidade; a garantia do acesso e da qualidade dos serviços; a ênfase nos serviços de base territorial e comunitária, diversificando as estratégias de cuidado com controle social dos usuários e de seus familiares; as organizações de serviços em rede e de ações intersetoriais; e desenvolvimento da lógica do cuidado centrado nas necessidades das pessoas com transtornos mentais (BRASIL, 2011).

### **Saúde Mental e Atenção Primária à Saúde**

A APS é definida como o nível do sistema de saúde responsável por ofertar cuidados necessários para os seus problemas de saúde mais prevalentes, investindo intensamente em medidas preventivas, mas também provendo de ações curativas, de reabilitação e promoção de saúde, com capacidade resolutive para cerca de 80% destes problemas (STARFIELD, 1994; STARFIELD, 2004).

É tida como porta de entrada prioritária do SUS, primeiro contato na rede assistencial, caracterizando-se, sobretudo, pela continuidade e integralidade da atenção, sendo coordenadora do cuidado, com assistência centrada na família e orientada a participação comunitária, demandando competência cultural dos profissionais (STARFIELD, 1994; STARFIELD, 2004).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) (2008), juntamente a diversos profissionais e cientistas que se reuniram no *Movement of Global Mental Health*, têm ressaltado a importância da atuação frente à saúde mental na grande área da saúde pública, apontando para a lacuna de cuidado existente não só a nível nacional, mas também a nível mundial, reforçando a necessidade de ampliar o acesso e de se transformar o modelo de atendimento para que se torne de fato integral.

Em todo o mundo, busca-se desenvolver novos modelos e promover a integração de saúde mental na APS, visto que esta deve prover assistência resolutive, tendo como maior benefício a proximidade com o território em que atua, detendo conhecimentos sobre os sujeitos do cuidado (indivíduo, família ou comunidade) (BRASIL, 2017a).

Segundo Teixeira (2005, p. 228), são características fundamentais da APS:

- 1) A extensão e a capilaridade da rede de serviços de atenção primária à saúde, que não encontra paralelo em nenhum outro equipamento da rede; 2) Sua atuação referida a demandas de saúde mais frequentes, que se encontram muitas vezes na fronteira entre os “problemas da vida” e a “patologia” objetivamente definida e que, portanto, nem sempre estão claramente configuradas como demandas cuja resposta mais adequada possa ser encontrada exclusivamente no arsenal diagnóstico-terapêutico da biomedicina; desta última característica decorrem duas outras fundamentais: 2.1) a importância excepcional que adquire neste espaço [as chamadas]

“tecnologias de escuta e de negociação das regras comportamentais e organizacionais”, ou em outras palavras, a importância das tecnologias de conversa que facilitariam a identificação, elaboração e negociação com os usuários das necessidades que podem vir a ser satisfeitas naquele ou em outros espaços institucionais; e; 2.2) a importância da ação multiprofissional e da articulação intersetorial, já que a atenção primária possui inevitavelmente essa vocação de “porta de entrada” não apenas para a rede de serviços de saúde, mas para uma multiplicidade de outras demandas sociais, que acabam por se traduzir em demandas de saúde ou simplesmente aí se apresentam pela ausência de outros espaços sociais de expressão.

A ESF vem como forma de expandir, qualificar e consolidar a APS, reorientando o processo de trabalho, contando com uma equipe multiprofissional (equipe de Saúde da Família – eSF) composta por, no mínimo: (I) médico generalista, ou especialista em Saúde da Família, ou médico de Família e Comunidade; (II) enfermeiro generalista ou especialista em Saúde da Família; (III) auxiliar ou técnico de enfermagem; e (IV) agentes comunitários de saúde. Podem fazer parte da equipe o agente de combate às endemias (ACE) e os profissionais de saúde bucal: cirurgião-dentista, preferencialmente especialista em saúde da família, e auxiliar ou técnico em saúde bucal (BRASIL, 2017b).

Segundo Lancetti (2001), a ESF tem como propostas:

- 1) Singularizar a relação usuário/equipe: as pessoas deixam de ser um prontuário, um número, para transformarem-se em biografias;
- 2) Descentralizar a relação médico-paciente para a relação usuário-equipe;
- 3) Desenvolver vínculos com a comunidade, com a ajuda do agente comunitário de saúde;
- 4) Aperfeiçoar a cobertura, pois o atende por necessidade e não por demanda;
- 5) Abordar problemas na própria região, evitando-se encaminhamentos desnecessários e contando com os recursos da comunidade;
- 6) Contribuir para a participação e o protagonismo de todas as pessoas implicadas.

Tanto a Saúde Mental como a ESF têm apresentado novas modalidades de cuidado do processo de adoecimento, fazendo uso de tecnologias inovadoras que favoreçam esse processo.

Pautando-se nos princípios e diretrizes do SUS e atendendo ao que é defendido pela RPB, ambos compreendem que o cuidado requer envolvimento com o outro, demanda corresponsabilização pelo outro, envolvimento com o sofrimento do outro, solidarizando-se com sua situação, para então atuar sobre ela em conjunto e não apenas de maneira prescritiva, nem como se obtivesse já todas as respostas (HIRDES, 2009).

Souza e Rivera (2010) apontam ainda as seguintes semelhanças: a articulação de conhecimentos e práticas; o acolhimento dos usuários; a responsabilização pela clientela atendida no território; o estabelecimento de vínculos entre os sujeitos envolvidos; e a integralidade do cuidado.

A partir da Política Nacional de Saúde Mental, instituída pela Lei 10.216/2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental, a aproximação da saúde mental e da APS faz-se necessária (BRASIL, 2001), devendo-se obedecer ao modelo de base territorial e de atuação transversal com outras políticas específicas, buscando o estabelecimento de vínculos e acolhimento (BARONI; FONTANA, 2009).

O próprio MS reconhece a necessidade do diálogo da APS e da saúde mental, como pode-se constatar no trecho:

O Ministério da Saúde estimulou ativamente nos últimos anos a inclusão, nas políticas de expansão, formulação, formação e avaliação da Atenção Básica, de diretrizes que remetessem à dimensão subjetiva dos usuários e aos problemas mais graves de saúde mental. Essas diretrizes têm enfatizado a formação das equipes da atenção básica e o apoio matricial de profissionais de saúde mental junto a essas equipes (BRASIL, 2007, p. 21).

A APS, enquanto integrante da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), tem reponsabilidade de desenvolver ações de promoção de saúde mental, prevenção e cuidado dos transtornos mentais, ações de redução de danos e cuidado para pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas (BRASIL, 2011), ações estas “concebidas na realidade do dia a dia do território, com as singularidades dos pacientes e de suas comunidades” (BRASIL, 2013, p. 22), potencializadas pelo modelo assistencial empregado pela ESF.

Estas ações precisam estar onde as pessoas estão para que haja inversão a o paradigma asilar, compreendendo que o foco da atuação é no conjunto de vínculos, de relações compartilhadas, não mais no sujeito em sua especificidade individual. Desta forma, a acessibilidade geográfica determinará uma maior facilidade de ser atendido, propiciando maior capacidade de planejar e decidir de modo participativo (HIRDES, 2009).

As ações podem ser realizadas a partir dos seguintes arranjos e dispositivos de atenção em saúde mental (PORTO, 2012; BRASIL, 2013): acolhimento/avaliação de risco/análise da demanda; intervenções breves na crise; projetos terapêuticos singulares (PTs); responsabilização do sujeito; referência e contra referência; estratégias de redução de danos; ações educativas (salas de espera, grupos educativos, educação em serviço, ações comunitárias); práticas integrativas e complementares; visitas domiciliares; clínica ampliada.

Rocha *et al.* (2018, p. 1), ao estudar os itens do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica que melhor avaliam a capacidade de oferta de cuidados em saúde mental, apontam que são aspectos relevantes na discriminação da capacidade de ofertar cuidados em saúde mental pelas equipes de atenção básica: “a estratificação do risco para gestão do cuidado, o acompanhamento dos casos mais graves, o atendimento em grupo e as ações preventivas e de promoção da saúde”.

A OMS (2008) traz que para que as ações de saúde mental possam ser integradas à APS é necessário que sejam pontuais e factíveis, intersetoriais, sendo necessário, como preconizado (BRASIL, 2011), um serviço responsável pela coordenação da saúde mental (geralmente o Centro de Atenção Psicossocial de referência, quando ausente, a própria UAPS encarrega-se do serviço), propiciando suporte às UAPS, bem como capacitação em serviço (CORREIA; BARROS; COLVERO, 2011).

A OMS (2008) aponta ainda as seguintes justificativas para a integração entre as ações de Saúde Mental e a APS:

- 1) a elevada carga de doença dos transtornos mentais;
- 2) a conexão entre problemas de saúde física e mental;
- 3) o enorme gap terapêutico dos transtornos mentais.

Além disso, a APS oferece para a SM (WHO, 2008):

- 1) aumento do acesso;
- 2) promoção dos direitos humanos neste campo;
- 3) disponibilidade e custo-efetividade; e
- 4) bons resultados clínicos.

A partir do exposto, APS é o nível de atenção com maior potencial para poder realizar a inclusão do sujeito com transtorno mental em seu meio social, promovendo novos meios de relacionamento com a loucura, a partir da compreensão de seu território social e familiar (CORREIA; BARROS; COLVERO, 2011).

Desta forma, a integração entre saúde mental e atenção primária pode cumprir um papel importante na redução do estigma (WENCESLAU; ORTEGA, 2015).

Por mais que haja referências que explicitem esta importância, ainda se verifica dificuldade da implementação das ações de saúde mental, sendo constantemente necessário reavaliar como está a relação entre o serviço de referência e o serviço da APS, através das UAPS, para garantia da efetividade da assistência prestada a partir do desenvolvimento adequado das ações (CORREIA; BARROS; COLVERO, 2011; WENCESLAU; ORTEGA, 2015).

Ainda quanto as dificuldades, Fortes *et al.* (2014, p.1096). contribuem trazendo que a:  
“[...] APS expande as fronteiras do cuidado de SM e configura um novo desafio para a Psiquiatria século XXI, por ampliar-se dos atendimentos pontuais para a atenção longitudinal; da atuação unidisciplinar para a multi e até mesmo transdisciplinar; da supervisão para o compartilhamento de casos; do foco nos TMPG (transtornos mentais persistentes e graves) para a atenção transversal a todas as condições clínicas; do tratamento eminentemente farmacológico para a abordagem biopsicossocial, ou seja, do trabalho especializado para o trabalho em colaboração.”

Identifica-se, a partir de estudos realizados, que ainda há uma lacuna quanto a formação dos profissionais que atuam na atenção primária, explicitada por eles mesmos, sendo que sem que haja uma qualificação, a assistência permanecerá defasada (MYKLETUN *et al.*, 2010; JENKINS *et al.*, 2013; HALON *et al.*, 2016).

Desta forma, torna-se imprescindível o investimento no SUS, de maneira a aproximar os níveis primário e secundário, trabalhando sempre na lógica de redes assistenciais, estabelecendo fluxos de comunicação e garantindo que haja apoio matricial entre as equipes que prestam o cuidado (MYKLETUN *et al.*, 2010; SAPAG; RUSH; FERRIS, 2015).

Deve-se sempre considerar que a parceria entre a ESF e a assistência em saúde mental não ocorrerá por mero treinamento das equipes de saúde da família em procedimentos simplificados de psiquiatria. Requererá, sobretudo, construção recíproca e responsável de uma teoria, de uma prática e de uma ética, mediante o estabelecimento de um acordo político, implicando assim engajamento dos profissionais e investimento do Estado, com alteração das práticas que vinham sendo adotadas (MARTINS, 2011; SILVA *et al.*, 2016).

### **Grupos de Saúde Mental e Unidades de Atenção Primária à Saúde**

Enquanto proposta potente de intervenção psicossocial na APS, tem-se o trabalho por meio de grupos, com condução estimulada a ser multidisciplinar, visando enriquecimento da ação. O processo grupal, desde que bem pensado em sua finalidade, estrutura e manejo, permite uma poderosa e rica troca de experiências e transformações subjetivas que não seria alcançável em um atendimento de tipo individualizado (BRASIL, 2013).

Contudo, há dificultadores da implementação deste tipo de processo de trabalho, visto que as evidências apontam ainda enquanto necessário a superação, por parte dos profissionais, da concepção limitada frente ao sofrimento psíquico, o que impede que seja desenvolvida um cuidado que amplie as condições do sujeito enquanto protagonista (BENEVIDES *et al.*, 2010; BERNARDO; GARBIN, 2011).

Defende-se a utilização das estratégias grupais a partir da avaliação de dados internacionais de prevalência adotados pelo MS (BRASIL, 2009) que apontam que 3% da população apresenta transtornos mentais severos e persistentes, necessitando de cuidados contínuos. Em relação aos que possuem transtornos mentais leves, demandando cuidados eventuais, sendo indicação para abordagem da APS, tem-se de 9% a 12%.

O grupo deve ser conduzido de maneira a potencializar a autonomia dos usuários, permitindo que cada um tenha voz, ocupando um espaço, estando de corpo presente, de maneira a implicar-se cada vez mais ativamente em seu processo de cuidado (BENEVIDES *et al.*, 2010; BRASIL, 2013).

Para além da sociabilidade trabalhada no espaço do grupo, Minozzo *et al.* (2012) acreditam na capacidade desinstitucionalizante e de ampliação da autonomia, trazendo que a interação grupal inspira a criação de novos laços sociais nos mais diversos espaços pelos quais os sujeitos perpassam.

O espaço grupo deve ser entendido não só pelos participantes, mas também pelos facilitadores, enquanto produtor de saúde, com impacto nos determinantes sociais da saúde, bem como compromisso social com finalidade de impacto na determinação social da saúde de sujeitos e coletividades (BENEVIDES *et al.*, 2010; BERNARDO; GARBIN, 2011; BRASIL, 2013).

As evidências apontam:

[...] o desenvolvimento de novos modos de grupalidade, de maneira a estimular uma maior participação das pessoas nas decisões de um grupo, na produção de benefícios que extrapolem os interesses pessoais e na ampliação da autonomia desse grupo (BRASIL, 2013, p.35).

Minozzo *et al.* (2012) refletem acerca da relação entre a singularidade e os grupos, compreendendo que a participação faz com que os sujeitos se voltem a si, percebendo-se de uma forma integral, e não apenas como portadores de um diagnóstico médico e dependentes de drogas utilizadas para o tratamento. Desperta o insight quanto ao macro que os envolve e a complexidade que são.

Os grupos podem (MUNARI; FUREGATO, 2003; MINOZZO *et al.*, 2012):

- a) oferecer suporte, que são aqueles focados em ajudar em pessoas períodos de adaptação a mudanças, períodos de crises e manutenção à novas situações, através de trocas de experiências;
- b) realizar tarefas, valorizando a contribuição de cada indivíduo e do respeito através da realização de atividades, sejam simples ou complexas;
- c) socializar, ajudando pessoas em processo de perda ou que interromperam seus vínculos sociais, através da oportunidade de ressocializar;
- d) aprender mudanças de comportamentos, promovendo hábitos mais saudáveis, fornecendo informações e motivação pela troca de experiência;
- e) treinar relações humanas, estimulando o autoconhecimento e melhorando os relacionamentos interpessoais, na vivência do aqui e agora para que sejam realizadas atividades que promovam feedback;

- f) oferecer psicoterapia: promover insight ou mudança de comportamentos, através do uso de várias teorias de psicoterapia, requerendo que os indivíduos possuam certo grau de entendimento de si e de seus problemas.

Além disso, outros elementos estruturais precisarão ser estabelecidos para que a atividade alcance o objetivo proposto e para que se direcione o preparo do profissional, como que tipo de linguagem, técnicas, dinâmicas e recursos materiais serão utilizados. A definição de clientela poderá informar o nível de contribuição que os membros darão ao grupo, por exemplo, definindo-se a idade, o sexo e o problema que estes apresentam, formando grupos homogêneos ou heterogêneos (MUNARI; FUREGATO, 2003).

O nível de prevenção, correlacionado com a clientela, poderá nortear quais serão os tipos de atividades propostas e a conduta profissional de acordo com as necessidades. O grau de estrutura é importante para que se visualize o quanto um grupo será organizado ou não, tendo como exemplo o uso de agenda aberta ou fechada para a inclusão de membros. A partir desses fatores, define-se a orientação teórica, que será o tipo de condução que o grupo terá a partir de uma linha de abordagem (MUNARI; FUREGATO, 2003; TRES, 2015)

O planejamento segue na adequação das condições físicas para que as atividades aconteçam, ou seja, na delimitação da duração, da quantidade de encontros, local, número de coordenadores da atividade e número de participantes, lembrando-se de promover um local produtivo, que ofereça conforto e privacidade a todos (MUNARI; FUREGATO, 2003)

Além de se definir os grupos a partir dos fatores já expostos, pode-se defini-los também com base nos seus fatores curativos. Esses fatores são características que o grupo apresenta, atribuindo a ele valor terapêutico. Ou seja, essas condições vão regular tanto a postura do coordenador, quanto o nível das relações interpessoais naquele meio (MUNARI; FUREGATO, 2003; SANTOS *et al.*, 2010)

Para que um grupo tenha sucesso terapêutico, é importante que haja o oferecimento de informações importantes e necessárias àquele grupo, mesmo que dificilmente altere uma conduta individual; um estímulo de esperança, na crença de que todos alcançarão a mudança de um comportamento que seja negativo ou da cura de determinado problema de saúde; solidariedade pelos problemas dos membros, à medida que eles vão sendo expostos e a percepção de que eles não estão sozinhos e que não são os únicos com problemas (MUNARI; FUREGATO, 2003). A partir disso, possibilita-se a criação de vínculos, que se configura enquanto importante ganho do trabalho grupal (FRIEDRICH *et al.*, 2017).

É importante também estar aberto a compartilhar de si com os outros, para que o sentimento de troca seja genuíno, além de oferecer um espaço para que todos se sintam confortáveis em socializar, através de técnicas e dinâmicas que auxiliem na ressignificação dos sentimentos e experiências expostas (MUNARI; FUREGATO, 2003; TRES, 2015).

A partir deste momento, começa-se a visualizar uma mudança de comportamentos que torna tanto os coordenadores, quanto os participantes, espelhos uns dos outros, evidenciando novas perspectivas e mudanças individuais, ainda que pequenas (MUNARI; FUREGATO, 2003; SANTOS *et al.*, 2010).

Algo comum nos grupos é a verificação das possibilidades de estar vivenciando situações semelhantes dentro e fora do grupo, já que um dos processos mais complexos e o primeiro fator curativo de um grupo, é o aprendizado pessoal e o grupo aonde a atividade educativa está sendo proposta, nada mais é que um micro complexo social da comunidade. Contudo, o aprendizado pessoal só é evidenciado a partir do momento que existe a coesão

grupal, isto é, a manutenção dos objetivos, abordagem e vínculos criados dentro do grupo, do início ao fim do mesmo (MUNARI; FOREGATO, 2003; FRIEDRICH *et al.*, 2017).

Quando a coesão grupal é conquistada, pode-se observar a catarse, que é um fenômeno onde sentimentos com valor terapêutico são expressos e induzem melhorias no grupo, ajudando na sua condução para o objetivo proposto, caso sejam bem canalizados e os membros consigam lidar com eles (LOOMIS, 1979 apud MUNARI; FOREGATO, 2003).

Após o planejamento e execução da atividade grupal, outro importante momento é a avaliação. Nela, serão considerados os objetivos predefinidos, as necessidades apresentadas pelos membros, a coesão grupal e a avaliação constante dos encontros (MUNARI; FOREGATO, 2003), resultando na avaliação final: as necessidades foram supridas? Os membros conseguiram atingir o objetivo proposto? O grupo foi bem conduzido para que o objetivo fosse conquistado? Os limites foram superados? As possibilidades foram exploradas para que o grupo alcançasse o sucesso?

Não devemos esquecer, todavia, que a maior fonte de obtenção dos resultados está nos próprios participantes, pois os dados mais relevantes são a satisfação dos usuários com os momentos de troca e aprendizagem e os benefícios que eles conquistaram (MUNARI; FOREGATO, 2003; FRIEDRICH *et al.*, 2017).

O trabalho com grupos na APS relacionado a temáticas de saúde mental deve sempre visar superar o aspecto da normalização do cuidado de pessoas que estejam em sofrimento mental significativo ou mesmo que convivam com algum transtorno mental (BRASIL, 2013).

Dentro deste contexto, o MS (BRASIL, 2013) faz duas sugestões quanto que deve ser evitado: a formação de grupos por tipologia de agravos ou sofrimento psíquico, uma vez que o grupo seja espaço para reconhecimento de si para além da doença, mas sim enquanto sujeito pertencente a um território; e a utilização do grupo como lugar de abordagem, visto que o espaço do grupo é para constante construção de subjetividade e relação, não de realização de intervenções individuais.

Os grupos de saúde mental desenvolvidos na APS vêm a se constituir um dispositivo da reforma psiquiátrica quando promovem rupturas nas suas formas de cuidado com a vida com base em moldes biomédicos e possibilitando o reconhecimento da importância de que cada sujeito se corresponsabilize pelo seu processo de cuidado, sendo que sem que isso ocorra, os avanços serão mais lentos ou mesmos não serão efetivos, à medida em que ocorrerão retrocessos.

Minozzo *et al.* (2012, p.336) trazem que: “o grupo de saúde mental, na perspectiva da atenção psicossocial, institui mudanças na relação dos usuários consigo mesmos, com o tratamento e com a lógica dos especialismos na saúde mental”.

Tres (2015) em seu estudo conclui a importância do trabalho em grupo na saúde mental devido não só à boa aceitação dos participantes, mas também à sua efetividade para além das demandas psíquicas, influenciando também nas demandas clínicas que podem ser apresentadas, visto o caráter de assistência integral.

Enquanto proposta de grupo indicada pelo MS (BRASIL, 2009), tem-se o grupo operativo, que ocorre a partir da mobilização de pessoas que compartilhem necessidades semelhantes, reunindo-se para desenvolver uma tarefa ou mesmo atuar frente a um objetivo comum. Cada um, dentro de sua singularidade, participação de maneira a defender suas opiniões ou mesmo manter-se apenas observando (FREIRE, 2000 apud BRASIL, 2013).

Osório (2003), a partir do que é citado pelo MS (BRASIL, 2013, p. 124), aponta enquanto objetivo dos grupos operativos: “solução de situações estereotipadas, dificuldades

de aprendizagem e comunicação, considerando a ansiedade vivenciada diante da perspectiva de mudança que se opera”. Desta forma, há grande potencial para despertar mudança, uma vez que tensiona conflitos, inseguranças e medos.

O MS (2013) traz que os grupos operativos abrangem quatro campos de atuação:

- 1) Ensino-aprendizagem: cuja tarefa essencial é refletir sobre temas e discutir questões de interesse comum;
- 2) Institucionais: grupos formados em escolas, igrejas, sindicatos, promovendo reuniões com vistas ao debate sobre questões de seus interesses;
- 3) Comunitário: pode ser utilizado nos programas de Saúde em que profissionais são treinados para a tarefa de integração e incentivo a capacidades grupais;
- 4) Terapêutico: objetiva a melhoria da situação de sofrimento.

Pichon-Rivière (1998), a partir do que é citado pelo MS (2013), estabelece cinco papéis que constituem um grupo: líder de mudança, aquele que contribuirá para a condução do grupo de forma ativa; líder de resistência, que por vezes será quem irá tentar desandar com o grupo, interferir negativamente nas discussões realizadas, contrapondo as ações do líder de mudança; bode expiatório, que busca evitar a problematização de temas que causem desconforto e, desta forma, desfavorece o tensionamento; representantes do silêncio, que permanecem em constata observação e, por não expressarem-se verbalmente tal como os demais, obrigam que os outros interajam; porta-voz, aquele que traz para o foco a angústia do que está sendo lidado ou apresenta o problema que perpassa o grupo.

Outra proposta de intervenção em grupo é a Terapia Comunitária (TC), criada em 1987 pelo professor médico, doutor em Psiquiatria e em Antropologia (também, licenciado em Filosofia e em Teologia) Adalberto de Paula Barreto, da Universidade Federal do Ceará, com base em conhecimentos acumulados em sua formação.

A TC é um espaço que proporciona a fala e expressão do sofrimento e das situações de crise, sendo importante instrumento de resgate cultural e da autoestima. Apresenta-se enquanto exercício de inclusão e de valorização das diferenças e dos referenciais positivos de cada sujeito (BARRETO, 2008). Faz-se uma proposta interessante para a área de saúde mental visto que está relacionado a propostas de inclusão e reabilitação psicossocial de seus participantes (CARVALHO *et al.*, 2013).

Ela é destinada a pessoas que estejam em sofrimento ou que demonstrem interesse em participar, não havendo limitação quanto a faixa etária ou mesmo origem do sofrimento (BARRETO, 2008).

Esta metodologia popõe, de maneira prática e eficiente, abordar e acolher o sofrimento humano consequente a uma sociedade moderna, estimulando o fortalecimento de redes sociais, pautando a prevenção de evolução de problemas familiares e sociais para doenças (MOURÃO *et al.*, 2016; OLIVEIRA *et al.*, 2017; ARAÚJO *et al.*, 2018).

De acordo com Carvalho *et al.* (2013, p.2030), a TC permite “trabalhar com grupos distintos e característicos de maneira dinâmica, participativa e reflexiva, que oportuniza um espaço aberto para exposição de problemas e inquietações que repercutirão no diálogo em favor da busca de soluções para os conflitos emanados”.

A partir da publicação da Portaria nº. 771/2006 que aprovou a Política Nacional de Práticas Integrativas (PNPIC), a TC passa ser reconhecida pelo MS como Prática de Saúde Integrativa e Complementar especialmente em relação à Saúde Mental das pessoas da comunidade.

A TC ocorre a partir do respeito ao princípio da circularidade e horizontalidade da comunicação, com problematização enquanto princípio pedagógico, buscando valorizar sempre os recursos pessoais e as raízes culturais (BARRETO, 2008).

Na elaboração da metodologia da TC, Adalberto Barreto se apoiou em, basicamente, cinco pilares teóricos (BARRETO, 2008):

- a) Pensamento Sistêmico: que parte do princípio de que grande parte dos objetos da física, biologia, sociologia, organismos, sociedades, entre outros, constituem sistemas. A partir disso, compreende-se que as crises e os problemas pessoais só podem ser solucionados se percebidos também enquanto componentes de um sistema complexo demandando intervenções a nível biopsicossocial;
- b) Teoria da Comunicação: utilizada por Adalberto Barreto a partir de sua compreensão de que a comunicação, seja ela verbal, não verbal e paraverbal, permeia todos os âmbitos da sociabilidade, seja individual ou em grupo;
- c) Antropologia Cultural: que valoriza as diferentes culturas em que as pessoas estão inseridas, entendendo que não há construção do sujeito que não a partir do ambiente em que se encontra, e que é a partir deste contexto que há possibilidade de se reconhecer, identificar, aceitar e assumir;
- d) Pedagogia de Paulo Freire: visto que Adalberto Barreto compreende que cada sujeito possui conhecimento e que este é construído em conjunto, de maneira dialógica, com base na reciprocidade;
- e) Resiliência: construção de saber através do enfrentamento das dificuldades.

A TC é desenvolvida em cinco etapas (BARRETO, 2008): acolhimento, no qual se pode utilizar de dinâmicas para recepção e integração das pessoas participantes; escolha do tema, a partir do interesse comum do grupo; contextualização, com breve discurso sobre o tema escolhido; problematização, em que se discute de que forma aquele tema escolhido permeia a todos que estão participando; encerramento, sempre com viés positivo, resgatando o que foi dialogado e fortalecendo quem tiver participado do grupo; avaliação.

## **Conclusão**

Ao se pensar sobre o modelo assistencial vigente para as pessoas portadoras de transtornos mentais, de acordo com a Lei 10.216/2001, tem-se a atenção psicossocial como foco. Desta forma, deve-se sempre visar a autonomia da pessoa atendida, num processo de reconstrução, um exercício pleno de cidadania.

Os grupos são importantes ferramentas para a conscientização crítica dos indivíduos a respeito de seu meio social e suas condições de vida e saúde. Apresentam potencial latente enquanto intervenção psicossocial, necessitando valorização das ações nesta metodologia.

Percebe-se que a prática grupal não só não é estanque, atendendo à dinamicidade das demandas da comunidade, como também pode se apresentar de maneiras distintas, de tal forma que os profissionais podem procurar pela metodologia que melhor se adequar ao processo de trabalho, favorecendo a aplicabilidade. Destaca-se ainda que estas práticas são estimuladas por se compreender que, mesmo quando há necessidade de formação específica, todos os profissionais do serviço são capazes de contribuir e prestar assistência por elas.

## REFERÊNCIAS

AMARANTE, P.D.C. Manicômio e loucura no final do século e do milênio. In: Fernandes, M.I.A.; SCARCELLI, I.R.; COSTA, E.S. **Fim de século: ainda manicômios?** São Paulo, Instituto de Psicologia USP, 1999. p.47-53

ARAÚJO, M. *et al.* A Terapia Comunitária: criando redes solidárias em um Centro de Saúde da Família. **RPESM**, [on-line], n. 19, p.71-76, jun. 2018.

BARONI, D. P. M.; FONTANA, L. M.. Ações em saúde mental na atenção primária no município de Florianópolis, Santa Catarina. **Mental**, [on-line], v. 7, n. 12, p.15-37, jan./jun. 2009.

BARRETO, A. P. **Terapia comunitária: passo a passo**. 3. ed. Fortaleza: LCR; 2008.

BENEVIDES, D.S. *et al.* Mental healthcare through therapeutic groups in a day hospital: the healthcare workers' point of view. **Interface - Comunic, Saude, Educ**, [on-line], v.14, n.32, p.127-138, jan./mar. 2010.

BERNARDO, M. H.; GARBIN, A. C.. A atenção à saúde mental relacionada ao trabalho no SUS: desafios e possibilidades. **Rev Bras Saúde Ocup**, [on-line], v. 36, n. 123, p.103-117, jan./jun. 2011.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

BRASIL. Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. **Política Nacional de Saúde Mental**.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, nov. 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde/DAPE. **Saúde Mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção**. Relatório de Gestão 2003-2006. Brasília: Ministério da Saúde, janeiro de 2007, 85p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio à Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde mental**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 176 p. : il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 34).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção psicossocial a crianças e adolescentes no SUS: tecendo redes para garantir direitos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas/DAPES. Coordenação de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. **Política Nacional de Saúde Mental**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017a. 19 slides, color.

BRASIL. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). 2017b.

CARVALHO, M. A. P. *et al.* Contribuições da terapia comunitária integrativa para usuários dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS): do isolamento à sociabilidade libertadora. **Cad Saúde Pública**, [on-line], v. 29, n. 10, p.2028-2038, out. 2013.

CORREIA, V. R.; BARROS, S.; COLVERO, L. A.. Saúde mental na atenção básica: prática da equipe de saúde da família. **Rev Esc Enferm USP**, [on-line], v. 45, n. 6, p.1501-1506, dez. 2011.

COSTA-ROSA, A.. **Atenção Psicossocial além da Reforma Psiquiátrica**: contribuições a uma Clínica Crítica dos processos de subjetivação na Saúde Coletiva. São Paulo: Editora Unesp, 2013.

FORTES, S. *et al.* Psiquiatria no século XXI: transformações a partir da integração com a Atenção Primária pelo matriciamento. **Physis**, [on-line], v. 24, n. 4, p.1079-1102, dez. 2014.

FRIEDRICH, T. L. *et al.* Motivações para práticas coletivas na Atenção Básica: percepção de usuários e profissionais. **Interface (botucatu)**, [on-line], v. 22, n. 65, p.373-385, 7 ago. 2017. GLOBAL BURDEN OF DISEASE COLLABORATIVE NETWORK (GBD). **Global Burden of Disease Study 2016 Results**. Seattle, United States: Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME), 2017.

HANLON, C. *et al.* District mental healthcare plans for five low-and middle-income countries: Commonalities, variations and evidence gaps. **Br J Psychiatry**, [on-line], v. 208, suppl. 56, p.s47-s54, jan. 2016. Royal College of Psychiatrists.

HIRDES, A. **Reabilitação Psicossocial**: dimensões teórico-práticas do processo. Brasil: EDIFAPES, 2001. 208p.

HIRDES, A. A reforma psiquiátrica no Brasil: uma (re) visão. **Ciênc Saúde Coletiva**, [on-line], v. 14, n. 1, p.297-305, jan./fev. 2009.

JENKINS, R. *et al.* Health system challenges to integration of mental health delivery in primary care in Kenya- perspectives of primary care health workers. **BMC Health Serv Res**, [on-line], v. 13, n. 1, 30 set. 2013.

JORGE, M. S. B. *et al.* Reabilitação Psicossocial: visão da equipe de Saúde Mental. **Rev Bras Enferm**, [on-line], v. 59, n. 6, p.734-739, nov./dez. 2006.

LANCETTI, A.. Saúde mental nas entranhas da metrópole. In: LANCETTI, A. (org.). **Saúde mental e saúde da família**. 2ª Ed. São Paulo: Editora Hucitec; 2001. p. 11-52. (Saúde e Loucura, 7).

LIMA, E. M. F. A.; YASUI, S.. Territórios e sentidos: espaço, cultura, subjetividade e cuidado na atenção psicossocial. **Saúde em Debate**, [on-line], v. 38, n. 102, p.593-606, jul./set. 2014.

MARTINS, A. A.. **Abordagem de saúde mental na atenção primária**: revisão de literatura. 2011. 31 f. Monografia (Especialização) - Curso de Pós Graduação em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, Uberaba, 2011.

MINOZZO, F. *et al.* Grupos de saúde mental na atenção primária à saúde. **Fractal: Rev Psicol**, [on-line], v. 24, n. 2, p.323-340, ago. 2012.

MOURÃO, L. F. *et al.* Terapia Comunitária como novo recurso da prática do cuidado: revisão integrativa. **SANARE**, [on-line], v. 15, n. 2, p.129-135, jun./dez. 2016.

MUNARI, D. B.; FUREGATO, A. R. F.. **Enfermagem e Grupos**. 2. ed. Goiânia: Ab, 2003. 96 p. Coleção Curso de Enfermagem.

MYKLETUN, A. *et al.* General practitioners' opinions on how to improve treatment of mental disorders in primary health care. Interviews with one hundred Norwegian general practitioners. **BMC Health Serv Res**, [on-line], v. 10, n. 1, 9 fev. 2010.

OLIVEIRA, S. M. *et al.* Rodas de terapia comunitária: construindo espaços terapêuticos para idosos em comunidades quilombolas. **Rev Enferm UFSM**, [on-line], v. 7, n. 4, p.712-724, out./dez. 2017.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **CID-10 Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde**. 10a rev. São Paulo: Universidade de São Paulo; 1997.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE/ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE (OMS/OPAS). **Declaração de Caracas**. Conferência Regional para a Reestruturação da Atenção Psiquiátrica na América Latina no Contexto dos Sistemas Locais de Saúde (SILOS). 1990 nov. 14; Caracas, Venezuela. Caracas: OMS/OPAS; 1990.

PORTO, K. F.. **Elementos para uma política de avaliação das ações de saúde mental na atenção primária**: contribuições de uma pesquisa qualitativa avaliativa. 2012. 257 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Mestrado em Saúde Coletiva, Departamento de Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas-sp, 2012.

RIBEIRO, S. F. R.. Grupo de expressão: uma prática em saúde mental. **Rev SPAGESP**, [on-line], v. 8, n. 1, p.25-35, jan./jun. 2007.

ROCHA, H. A. *et al.* Saúde mental na atenção básica: uma avaliação por meio da Teoria da Resposta ao Item. **Rev. Saude Publica**, [on-line], v. 52, p. 17, 2018.

SAPAG, J. C.; RUSH, B.; FERRIS, L. E.. Collaborative mental health services in primary care systems in Latin America: contextualized evaluation needs and opportunities. **Health Expect**, [on-line], v. 19, n. 1, p.152-169, 5 fev. 2015.

SARACENO, B. Reabilitação psicossocial: uma estratégia para a passagem do milênio. In: Pitta, A. (Org.). **Reabilitação psicossocial no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 2001. p. 13-18.

SOUZA, A. C.; RIVERA, F.J.. A inclusão das ações de saúde mental na Atenção Básica: ampliando possibilidades no campo da saúde mental. **Tempus Actas Saude Colet.**, [on-line], v. 4, n. 1, p. 105-114, 2010.

STARFIELD, B.. Is primary care essential? **Lancet**, [on-line], v. 344, n. 8930, p.1129-1133, 1994.

STARFIELD, B.. **Atenção Primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Unesco Brasil, Ministério da Saúde; 2004.

TEIXEIRA, R. R.. Humanização e atenção primária à saúde. **Ciênc Saúde Coletiva**, [on-line], v. 10, n. 3, p.585-598, 2005.

TRES, R.. **Grupos de saúde mental na atenção básica**: a importância do cuidado para o paciente. 2015. 17 f. Monografia (Especialização) - Curso de Pós-graduação em Saúde Coletiva – Estratégia de Saúde da Família, Universidade do Oeste de Santa Catarina, Santa Catarina, 2015.

WENCESLAU, L. D.; ORTEGA, F.. Saúde mental na atenção primária e Saúde Mental Global: perspectivas internacionais e cenário brasileiro. **Interface (botucatu)**, [on-line], v. 19, n. 55, p.1121-1132, dez. 2015.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Integrating mental health into primary care: A global perspective.** WHO, 2008. 224 p. 224 f.

YASUI, S.; LUZIO, C. A.; AMARANTE, P.. Atenção psicossocial e atenção básica: a vida como ela é no território. **Rev Polis e Psique**, [on-line], v. 8, n. 1, p.173-190, 2018.

**Psychosocial Care and the interface with Primary Health Care: the insertion of mental health groups as a possible practice**

**Abstract**

The groups are instruments of psychosocial intervention in the domain of professionals in Primary Health Care (PHC) that enable the exchange of experiences and subjective transformations. It is a potent care modality to meet the demand for a new conception of care from the Brazilian Psychiatric Reform, which privileges psychosocial care, territory and deinstitutionalization. This study aimed to reveal the insertion of Mental Health groups in Primary Health Care Units, understanding the implementation routes, from the point of view of the interface between PHC and mental health care. It is a bibliographic review, not systematized, with subsequent discussion of the references read for the preparation of the final text. The text was divided into the following thematic axes: Brazilian Psychiatric Reform and Psychosocial Care; Mental Health and Primary Health Care; and Mental Health Groups and Primary Health Care Units. It is noticed that the group practice meets the dynamics of the demands of the community, as well as it is possible to maintain the infrastructure of the services, and can be performed in different ways. It is noticed that the group practice meets the dynamics of the demands of the community, as well as it is a possible practice to adapt to the infrastructure of the services, and can be performed in different modalities. can look for the methodology that best suits their work process, which favors its applicability. It was possible to perceive the power that the groups have to break with the curative logic, enabling a liberating care.

**Keywords:** Primary Health Care. Health Centers. Mental Health. Psychosocial Support Systems. Groups.