



UFPEL

# Guia prático abordagens psicossociais na atenção primária à saúde

2026

# Grupo de trabalho

Ana Clara Jepsen Latif; Estudante de Medicina, UFPel.

Ana Luiza Celestino Cerqueira; Estudante de Medicina, UFPel.

Kayan Muller da Silva; Estudante de Medicina, UFPel.

Luana Caroline Bolfe; Estudante de Medicina, UFPel.

Luiza Santos Silveira Alves; Estudante de Medicina, UFPel.

Marlete Soares Araújo; Assistente social; Unidade Básica Areal Leste, SMS-UFPel, Pelotas.

Mellissa Gabrielle Silva Borges; Estudante de Medicina, UFPel.

Patricia Mary Fritshc Haiduk; Enfermeira, Unidade Básica de Saúde Obelisco, SMS-UFPel, Pelotas.

Simone Beatriz Sechaos Pires Lerípio; Agente Comunitária de Saúde, Unidade Básica de Saúde Obelisco, SMS-UFPel, Pelotas.

Sofia Grellmann Aita; Estudante de Medicina, UFPel.


Soraya Pereira Bussiki; Estudante de Medicina, UFPel.

Dinarte Alexandre Prietto Ballester; Professor do Departamento de Saúde Mental, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas - UFPel.

Versão 04/26



Licença Creative Commons:

 Deed - Atribuição-NãoComercial-Compartilhalgual 4.0 Internacional - Creati...

## Como usar o Guia

Este Guia foi organizado para facilitar as práticas das equipes da Atenção Primária à Saúde (APS) no dia-a-dia do cuidado com a saúde mental das pessoas no seu território.

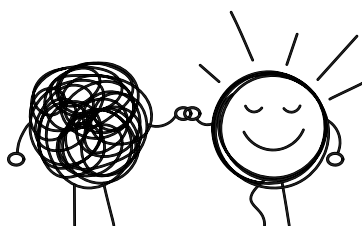
A escolha por uma ou outra abordagem poderá levar em conta as indicações propostas para os diferentes problemas mentais, as características da pessoa em sofrimento mental e do profissional, as condições de tempo e espaço disponíveis.

Em algumas abordagens haverá instrumentos para orientar os profissionais, assim como as pessoas em cuidado.

As abordagens propostas têm como base as evidências da literatura científica e as observações do nosso grupo de trabalho na sua aplicação no contexto dos serviços de atenção primária de uma cidade de médio porte brasileira.

Você também encontrará outros materiais no nosso site: <https://wp.ufpel.edu.br/ipab/>

Esperamos que seja útil para o seu trabalho e para a promoção da saúde mental da nossa população.





## Índice

Abordando o sofrimento mental .....	5
Conversando com o paciente.....	7
Cuidados com a saúde mental das crianças e adolescentes .....	13
Técnica de manejo de problemas .....	25
Intervenção breve para uso de substâncias .....	30
Abordagens grupais .....	44
Bibliografia .....	50





## Abordando o sofrimento mental

O sofrimento mental não é um transtorno mental, como aqueles descritos nas classificações de doenças (CID, DSM), mas problemas que geralmente envolvem fatores emocionais e sociais, capazes de gerar sintomas, muitas vezes afetando o corpo e se manifestado por queixas físicas, como dor, tontura, falta de ar, etc. São motivos de consultas frequentes na atenção primária à saúde, que precisam ser identificados e tratados como tal.

É comum serem confundidos com o termo “somatização”, ou pessoas “poliqueixosas”, mas é bom lembrar que esse pode ser um dos diagnósticos da CID, como os transtornos somatoformes, que podem requerer um tratamento mais especializado.

O sofrimento mental faz parte da vida, mas as pessoas podem buscar ajuda para enfrentá-lo ou, pelo menos, suportá-lo!

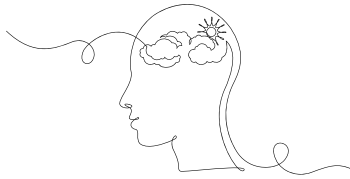
A abordagem do sofrimento mental está sintetizada no mapa que se encontra na próxima página, e também pode ser acessado em [Abordando o sofrimento mental](#)



Conheça mais sobre essa abordagem em: [Cartilha – Abordando o Sofrimento Mental em 7 passos \(1\)](#).







## Conversando com o paciente

A nossa adaptação “Conversando com o paciente” é baseada no livro “Psicoterapia para médicos de família”, de Marco Aurélio Crespo Albuquerque, médico e psicanalista, com pós-graduação em Medicina de Família e Comunidade e Psiquiatria.

Ao definir estratégias e táticas a serem utilizadas no cuidado em saúde, facilita ao médico de família, assim como a outros profissionais e estudantes da Saúde, as técnicas e habilidades de comunicação necessárias para o atendimento integral dos seus pacientes, através das bases teóricas e técnicas da escuta qualificada na atenção primária à saúde.

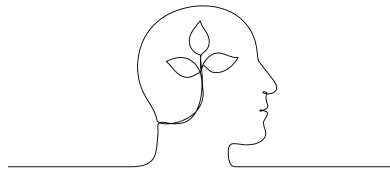
Segundo o autor: “Saber como e o que ouvir, o que falar, de que forma e quando”, utilizando os seguintes pressupostos:

1. Enquadre: leva em conta o tempo (pontualidade, duração e frequência do atendimento, prazo) e o local onde será prestado o cuidado.
2. Escuta em estéreo: como nas “caixas de som”, podemos ouvir o que a pessoa nos diz conscientemente, mas estar atentos para o que ela nos comunica mesmo sem perceber.
3. Contratransferência: perceber as emoções que a pessoa nos provoca pode ser uma ferramenta para compreender o que se passa dentro do outro.
4. Foco: o que ouvir primeiro ou o que é mais importante ouvir?
5. Ponto de urgência: aquilo que mais incomoda ou perturba a pessoa no momento, o que o fez buscar ajuda; por que agora?
6. A qualidade do falar: começar de uma forma mais ativa, sobre a realidade atual da pessoa; sobre o que for mais urgente, presente e

objetivo; cuidar da comunicação não verbal, demonstrando atenção e cuidado; fazer intervenções que facilitem o diálogo; fazer perguntas abertas, que tragam esclarecimentos; evitar o uso do “por que?” e as perguntas fechadas e longas.

Ao finalizar o atendimento dar as informações necessárias e escolher uma opção de ajuda ou tratamento, compartilhando essa escolha com a pessoa, para que seja compatível com sua vida e expectativas.

Veja na próxima página um mapa mental sobre essa abordagem.



Saiba mais:

Veja o vídeo sobre intervenções psicossociais na atenção primária, onde o autor discute vários tópicos presentes no livro:

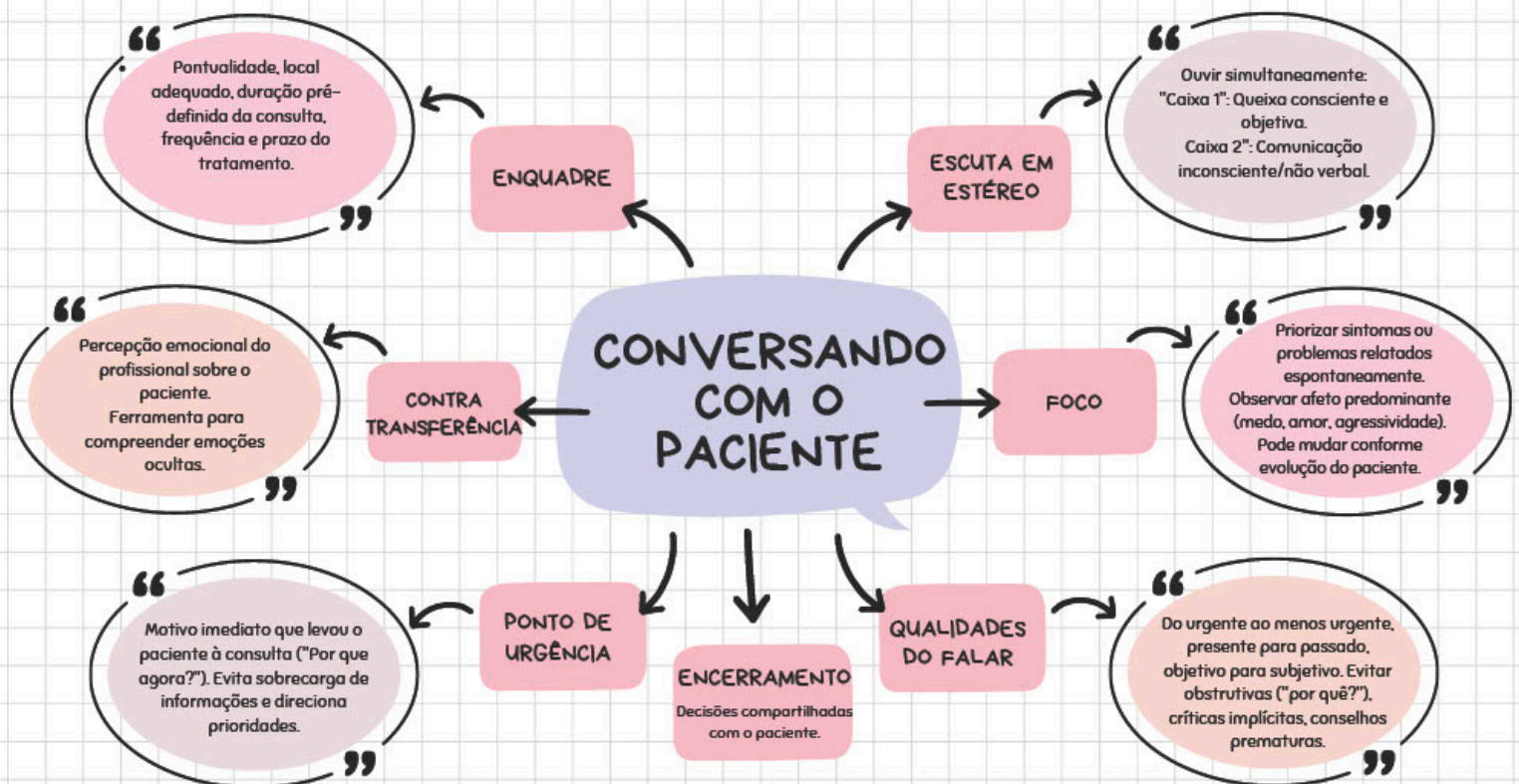
<https://youtu.be/7rDTmIjHgns>

E uma segunda aula online, enfocando o capítulo sobre as “Estratégias e táticas da psicoterapia médica”: <https://youtu.be/UBDoHfNSLZk>

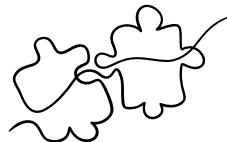
Acesse um resumo do capítulo sobre as estratégias e táticas na psicoterapia médica: [Brasília 2024 – Estratégias e táticas na psicoterapia médica \(resumo 5 págs\)](#).

E uma apresentação sobre o mesmo capítulo: [Brasília 2024 – APRESENTAÇÃO Estratégias e Táticas I](#)

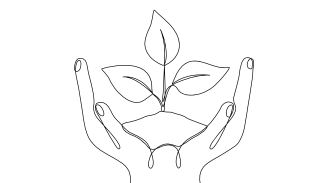




Albuquerque MA. Psicoterapia para médicos de família: a arte de conversar com o paciente. São Paulo: Ed. Blucher, 2023.



Para desenvolver as suas competências nessa abordagem veja nas próximas páginas um *check-list*, que também está disponível em: [Checklist – conversando com o paciente](#)



## CONVERSANDO COM O PACIENTE

### *Checklist para profissionais da saúde*

Este documento tem o objetivo de auxiliar o profissional para que este esteja atento às questões que permeiam a conversa com o paciente durante o seu atendimento, com o intuito de ativamente se questionar e autoavaliar nesse sentido. Este checklist pode auxiliar o profissional a conversar com aqueles pacientes que necessitam uma escuta mais atenta.

*Nome do paciente:*

*Data:*

#### **1. Enquadre**

- O ambiente da consulta estava adequado e minimamente reservado?  
( ) Sim ( ) Não
- Respeitei o tempo da consulta conforme o possível?  
( ) Sim ( ) Não
- Mantive uma duração coerente com as condições da APS?  
( ) Sim ( ) Não
- Qual a frequência estipulada das consultas para seguir conversando com este paciente?  
( ) Semanal ( ) Quinzenal ( ) Mensal ( ) Outra:

#### **2. Escuta em estéreio**

- Ouvi ativamente o que foi dito e tentei captar o que estava implícito?  
( ) Sim ( ) Não
- Estive atento à comunicação não verbal do paciente?  
( ) Sim ( ) Não
- O que o paciente está informando mesmo sem perceber que o faz?
- Estive emocionalmente presente e aberto durante a consulta?  
( ) Sim ( ) Não

#### **4. Contratransferência**

- Identifiquei algum sentimento pessoal que o paciente despertou em mim?  
( ) Sim ( ) Não
- Qual sentimento o paciente despertou em mim?

- Usei esses sentimentos como ferramentas de escuta e compreensão?

Sim  Não

#### 5. **Foco**

- Permiti que o paciente falasse livremente no início da consulta?

Sim  Não

- Escolhi e mantive um foco principal coerente com os afetos predominantes?

Sim  Não

- O foco escolhido era relevante para a queixa e para o momento atual do paciente?

Sim  Não

- Qual grande área está o foco do problema percebido durante a consulta?

Família  Saúde  Relacionamento amoroso  Financeiro  Autoestima  Outra

#### 6. **Ponto de urgência**

- Investiguei o motivo específico pelo qual o paciente procurou ajuda agora?

Sim  Não

- Fui sensível ao perceber e entender o que mais incomoda o paciente neste momento?

Sim  Não

#### 7. **Qualidades táticas do falar**

- Usei linguagem empática e livre de julgamentos?

Sim  Não

- Evitei perguntas “por quê?”, fechadas ou com tom crítico?

Sim  Não

- Adapte meu discurso à realidade e aos recursos do paciente, com linguagem clara?

Sim  Não

#### 8. **Encerramento da consulta**

- Foram decididas de forma conjunta as condutas do plano terapêutico?

Sim  Não

• Perguntei se algo ficou pouco claro e me responsabilizei pela clareza?

Sim  Não

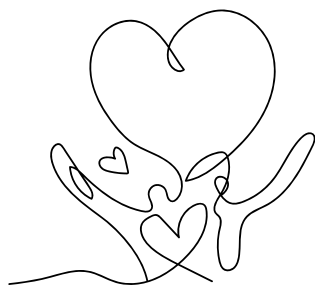
• Fui flexível diante de resistências ou recusas?

Sim  Não

**Outras observações:**

*Adaptado de:*

*Albuquerque MA. Psicoterapia para médicos de família: a arte de conversar com o paciente. São Paulo: Ed. Blucher, 2023.*



## Cuidados com a saúde mental das crianças e adolescentes

Os cuidados com a saúde mental das crianças e adolescentes começam com o acompanhamento do desenvolvimento infantil e da adolescência; para isso, utilize as Cadernetas da Criança e Adolescente do Ministério da Saúde:

Versão digital: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/saude-da-crianca/caderneta-digital-da-crianca>

Caderneta da menina: [caderneta\\_crianca\\_menina\\_passaporte\\_cidadania\\_7ed](#)

Caderneta do menino: [caderneta\\_crianca\\_menino\\_passaporte\\_cidadania\\_7ed](#)

Caderneta da adolescente:

[caderneta\\_saude\\_adolescente\\_feminina\\_4edlremp](#)

Caderneta do adolescente:

[caderneta\\_saude\\_adolescente\\_masculino\\_4edlremp](#)

Aqui você terá acesso a alguns instrumentos que podem ajudar a orientar os cuidados com a saúde mental das crianças e adolescentes:

Roteiro para profissionais: [Roteiro crianças e adolescentes – 04.26](#)

Registro para profissionais e usuários – crianças: [Check-list crianças – 04.26](#)

Registro para profissionais e usuários – adolescentes: [Check-list adolescentes – 04.26](#)

Veja a seguir este roteiro, registros e um instrumento para avaliar a funcionalidade das crianças e adolescentes: [Minhas palavras favoritas](#)



UFPEL

FACULDADE DE MEDICINA – DEPARTAMENTO DE SAÚDE MENTAL

## SAÚDE MENTAL NA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA

### ROTEIRO

**Objetivos da abordagem:** identificar necessidades; propor intervenção inicial; se necessário, oferecer outras estratégias e lugares de tratamento.

**Crítérios de idade:** criança = 0 a 9 anos de idade completos, adolescente = 10 a 19 anos completos (Ministério da Saúde - Organização Mundial da Saúde).

### APOIO AO CHECK-LIST

#### Minhas palavras favoritas – avaliação da funcionalidade

+ *avaliação de 6 áreas de funcionamento:* (1) estrutura e função do corpo; (2) atividades (como a criança ou adolescente as realiza, incluindo escola e outras programadas); (3) amigos; (4) família; (5) diversão (atividades preferenciais e escolhidas pela criança ou adolescente); (6) futuro (expectativa em relação ao seu futuro).

+ *a avaliação deve ser feita com a criança ou adolescente*, explicando os significados das áreas e a escala, para que indique os possíveis problemas a serem acompanhados, com a participação de familiares, professores ou outros cuidadores.

+ *escala GAS – goal attainment scaling:*

- [-2] = ponto de partida para a solução do problema.
- [-1] = progresso em relação à solução do problema.
- [ 0 ] = sente-se bem, resultado esperado foi atingido.
- [+1] = o resultado foi melhor do que o esperado.
- [+2] = foi atingido o máximo que se poderia esperar.

+ anote nas linhas das margens que correspondem às palavras o problema e objetivo a ser atingido, de preferência nos termos da criança ou adolescente, ou de modo compreensível a ele/ela.

#### Desenvolvimento

1. Vigilância	Vide Caderneta da Criança – Instrumento de vigilância dos 0 aos 10 anos: observação, opinião e preocupação dos pais, identificação e registro dos fatores de risco.
2. Triagem	Uso de testes, como o M-Chat-R
3. Avaliação diagnóstica	Referência para serviços especializados; estimulação precoce.

Pergunte	Opinião dos pais, fatores de risco
Examine	Perímetro cefálico, alterações fenotípicas
Pesquise	Marcos do desenvolvimento
Registre	Todas as etapas

*Adaptado de Duncan et al. (2022).*

**Maturação sexual – Índice de Tanner – consultar:**

<https://www.sbp.com.br/departamentos/endocrinologia/desenvolvimento-puberal-de-tanner/>

### Educação

#### Dificuldades x transtornos de aprendizagem

- + Nas crianças com problemas no aprendizado é importante diferenciar *dificuldades* de *transtornos*.
- + As *dificuldades* de aprendizagem tem diferentes origens e devem ser discutidas com a escola:
  - alterações no processo de ensino-aprendizagem
  - falhas na alfabetização/escolarização
  - inadequação do método pedagógico aos estilos e características do aluno
  - excesso de mudanças de escola e outros problemas da escola
  - condições neurológicas e/ou genéticas: epilepsia, encefalopatia crônica não progressiva, etc.
  - deficiências física, mental, auditiva, visual, múltipla.
  - fatores psicossociais: problemas na dinâmica familiar, estimulação inadequada, outros problemas sociais.
- + Os *transtornos* específicos da aprendizagem são a dislexia (linguagem, leitura, escrita) e a discalculia (matemática) e devem ser encaminhados para avaliação especializada.

### Situação de violência

#### Linha de cuidado da criança e adolescente em situação de violência

Acolhimento > Atendimento multiprofissional > Registro > Notificação > Seguimento

Apoio matricial

Rede de cuidados e proteção social

#### Fluxo do registro da notificação e medidas de proteção

- Preencher a Ficha de Notificação Individual/Investigação de Violência Doméstica, Sexual e/ou outras Violências (Viva-Contínuo), com o maior número de informações possíveis para a garantia dos direitos, proteção e defesa de crianças, adolescentes e suas famílias.
- Preencher a Ficha em três vias:
  - a ficha original deve ser encaminhada ao serviço de Vigilância em Saúde/Epidemiológica, da Secretaria de Saúde do Município;
  - a segunda via deve ser encaminhada ao Conselho Tutelar e/ou autoridades competentes (Vara da Infância e da Juventude ou Ministério Público);
  - a terceira via fica na Unidade de Saúde que notificou o caso de violência.

#### Alterações comportamentais da criança e do adolescente em situações de violência

Sinais da violência	Criança			Adolescente 10 a 19 anos
	Até 11 m	1 a 4 anos	5 a 9 anos	
Choros sem motivo aparente				
Irritabilidade frequente, sem causa aparente				
Olhar indiferente e apatia				
Tristeza constante				
Demonstrações de desconforto no colo				
Reações negativas exageradas a estímulos comuns ou imposição de limites				
Atraso no desenvolvimento; perdas ou regressão de etapas atingidas				

Dificuldades na amamentação, podendo chegar à recusa alimentar; vômitos persistentes				
Distúrbios de alimentação				
Enurese e encoprese				
Atraso e dificuldades no desenvolvimento da fala				
Distúrbios do sono				
Dificuldades de socialização e tendência ao isolamento				
Aumento da incidência de doenças, não justificável por causas orgânicas, especialmente de fundo alérgico				
Afecções de pele frequentes, sem causa aparente				
Distúrbios de aprendizagem até o fracasso na escola				
Comportamentos extremos de agressividade ou destrutividade				
Ansiedade ou medo ligado a determinadas pessoas, sexo, objetos ou situações				
Pesadelos frequentes, terror noturno				
Tiques ou manias				
Comportamentos obsessivos ou atitudes compulsivas				
Baixa autoestima e autoconfiança				
Automutilação, esscarificações, desejo de morte e tentativa de suicídio				
Problemas ou déficit de atenção				
Sintomas de hiperatividade				
Comportamento de risco, levando a traumas frequentes ou acidentes				
Uso abusivo de drogas				

<b>Exame do estado mental</b>	
Aparência e atitude geral	Higiene, cuidado. lesões, vestimenta, etc.
Capacidade de cooperação e engajamento	Colaboração, reações, qualidade da interação.
Atividade motora	Coordenação, impulsividade, tiques.
Humor e afeto	Temperamento e manifestações de afeto.
Ansiedade	Medos/fobias, compulsões/obsessões, ansiedade pós-traumática e de separação.
Processo e conteúdo do pensamento	Capacidade de compreensão e julgamento, características do pensamento.
Sensopercepção	Percepção da realidade, alucinações.
Linguagem	Trocas, omissões, repetições, distúrbios de ritmo de letras e de fonemas.
Mecanismos de defesa	Negação, sublimação, projeção, etc.
Sintomas de condutas	Oposição, agressão, inadequação prejudicial.
Avaliação de risco	Pensamentos e intenções suicidas, tendências auto ou heteroagressivas, riscos na internet, envolvimento ilícitos, uso de álcool, tabaco ou outras drogas.
Desempenho cognitivo	Capacidade de atenção, concentração e memória; aprendizado.
Insight	Crítica da sua condição psíquica

SAIBA MAIS

Fatores de risco e de proteção para o desenvolvimento infantil

Domínio		Fatores de Risco	Fatores de Proteção
Social	Família	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Cuidado parental inconsistente</li> <li>■ Discórdia familiar excessiva</li> <li>■ Morte ou ausência abrupta de membro da família</li> <li>■ Pais ou cuidadores com transtorno mental</li> <li>■ Violência doméstica</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Vínculos familiares fortes</li> <li>■ Oportunidades para envolvimento positivo na família</li> <li>■ Escola</li> </ul>
	Escola	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Atraso escolar</li> <li>■ Dificuldade das escolas em prover um ambiente interessante e apropriado para manter a assiduidade e o aprendizado</li> <li>■ Provisão inadequada/inapropriada do que cabe ao mandato escolar</li> <li>■ Violência no ambiente escolar</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Oportunidade de envolvimento na vida escolar</li> <li>■ Reforço positivo para conquistas acadêmicas</li> <li>■ Identificação com a cultura da escola</li> </ul>
	Comunidade	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Redes de sociabilidade frágeis</li> <li>■ Discriminação e marginalização</li> <li>■ Exposição à violência</li> <li>■ Falta de senso de pertencimento</li> <li>■ Condições socioeconômicas desfavoráveis</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Ligação forte com a comunidade</li> <li>■ Oportunidade para o uso construtivo do lazer</li> <li>■ Experiências culturais positivas</li> <li>■ Gratificação por envolvimento na comunidade</li> </ul>
Psicológico		<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Temperamento difícil</li> <li>■ Dificuldades significativas de aprendizagem</li> <li>■ Abuso sexual, físico e emocional</li> <li>■ Dificuldade de interação social</li> <li>■ Isolamento e desinteresse por outras crianças/ adolescentes</li> <li>■ Dificuldade no desenvolvimento da fala e da linguagem</li> <li>■ Dificuldades para brincar</li> <li>■ Casos de transtornos mentais na família</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Habilidade de aprender com a experiência</li> <li>■ Boa autoestima</li> <li>■ Habilidades sociais</li> <li>■ Capacidade para resolver problemas</li> <li>■ Prazer com o brincar</li> </ul>
Biológico		<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Ausência ou pré-natal incompleto</li> <li>■ Problemas na gestação, parto ou nascimento</li> <li>■ Prematuridade (&lt; de 37 semanas)</li> <li>■ Peso abaixo de 2.500g</li> <li>■ Icterícia grave</li> <li>■ Hospitalização no período neonatal</li> <li>■ Doenças graves, como meningite, traumatismo craniano, anormalidades cromossômicas e convulsões</li> <li>■ Parentesco entre os pais</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Desenvolvimento físico apropriado à idade</li> <li>■ Boa saúde física</li> <li>■ Bom funcionamento intelectual</li> </ul>

Fonte: Adaptado de *Child and Adolescent mental policies and plans. WHO, 2005. In: Brasil, 2012.*

# A entrevista da criança

+ A avaliação deve ser iniciada desde a sala de espera, observando seu estado geral, sua postura e seu relacionamento com o acompanhante. De modo geral, inicialmente a criança deve estar acompanhada, até que se sinta segura o suficiente para ficar sozinha com o profissional, o que também possibilita a observação da relação mãe-pai-filho, bem como as atitudes de todos.

- + As entrevistas podem começar com os pais, passarem a ser individualmente com a criança/adolescente e posteriormente a uma entrevista conjunta; nas consultas seguintes, o adolescente deve ser atendido antes dos pais.
- + Levar em conta o que é esperado para a faixa etária e a fase do desenvolvimento.
- + Considerar ambiente: família, escola, meio social.
- + Avaliar o desenvolvimento neuropsicomotor e a forma como a criança explora o ambiente e se relaciona social e afetivamente com o entrevistador e com a família ou acompanhante.
- + A tonalidade da voz e os gestos podem ajudar a criança a ser mais colaborativa com a entrevista.
- + Se a criança necessitar de avaliações especializadas – otorrinolaringologia, oftalmologia, fonoaudiologia, pedagogia, entre outras – é mais adequado que os encaminhamentos sejam realizados o mais breve possível, mas não necessariamente todos em uma mesma consulta, pois isso pode angustiar os pais e prejudicar a adesão ao tratamento.

Sinais de alerta na saúde mental
- Regressões no desenvolvimento- Deficiências (com destaque para a intelectual)
- Comportamento suicida na infância
- Diminuição no rendimento escolar, dificuldade no aprendizado
- Mudanças de comportamento (auto agressão, mudanças na desenvoltura), comportamentos antissociais
- Dificuldades de relacionamento, agitação, hiperatividade, comportamentos desafiadores, medos e tristezas
- Dificuldades com o sono
- Dificuldades com a alimentação
- Queixas somáticas
- Uso abusivo de drogas, alucinações e pseudo-alucinações e lesões autoprovocadas

#### Procedimentos clínicos no acompanhamento de saúde da criança e adolescente

Desenvolvimento	Vig.--- T.9m --- Vig --- T.18m --- T.24 ou 30m --- Vig. desempenho escolar
Comportamento	Avaliar em todas consultas – foco na adaptação social e emocional / contexto
Depressão	Triagem a partir dos 12 anos (vide Cartão Babel)
Tabagismo	Triagem de uso e/ou exposição ambiental (vide Cartão Babel)
Violência doméstica	Triagem e orientação preventiva

\* Vig. = vigilância nas consultas \*\* T. = triagem

Adaptado de Duncan et al. (2022).

#### Tópicos prioritários para orientação antecipatória

Pré-natal	Riscos do ambiente; tabagismo, álcool e outras drogas	Bibliografia para pais
6m	Exposição a tabaco e drogas	Apoio familiar, ler para a criança
9m	Padrão de sono instável	Necessidade de afeto, disciplina, comunicação interativa
12m	Brinquedos apropriados para idade; linguagem, palavras com nexos	Risco de exposição excessiva a telas; orientação sobre escola infantil, reforçar leitura
15m	Rotina de sono/repouso	Disciplina (contraíndicar punição física)

18m	Fala correta/desenvolvimento social	Orientar sobre fumo passivo; restringir uso de telas/tv; contraindicar armas em casa
2a	Linguagem interativa/promover leitura	Necessidade de amigos da mesma idade, compartilhar brinquedos; reforçar limites, adaptação a rotinas
3a	Reforçar promoção da leitura	Reforçar rotinas familiares; educação sexual
4a	Reforçar alimentação saudável e atividade física; limitar tempo de tela; reforçar fumo passivo	Atividades comunitárias; segurança fora de casa
5-6a	Linguagem de adulto	Responsabilidade/ética nas relações; adaptação à escola/amizades
7-8a	Esportes	Educação sexual
9-10a	Orientação sobre menarca/ejaculação	Sociabilidade, autoestima/violência; problemas escolares, segurança sexual
11-14a		
15-17a	Imagem corporal	Conexões com a comunidade; álcool/tabaco e outras drogas; depressão; atividade social; namoro/sexo seguro
18-21a	Alimentação saudável/atividade física/gravidez; álcool, tabaco e outras drogas	Profissão, independência, limites/família; bem estar emocional/sexualidade/sexo seguro

Adaptado de Duncan et al. (2022).

**Atitudes dos profissionais de saúde para fortalecer a resiliência:**

- escutar o que a criança e o adolescente sentem diante de situações difíceis;
- permitir a expressão dos sentimentos de tristeza, raiva e medo;
- oferecer o apoio necessário para que crianças e adolescentes se sintam seguros;
- incentivar iniciativas para criação de saídas e busca de soluções para os problemas;
- estabelecer vínculos com as crianças e adolescentes atendidos e suas famílias.

**Atitudes preventivas dos profissionais de saúde mediante situações de violência no âmbito familiar:**

- orientar as famílias sobre a ressignificação das relações familiares em prol da tolerância e da formação de vínculos protetores;
- acompanhar e apoiar as famílias no processo de construção de novos modos de agir e de educar as crianças e adolescentes;
- buscar apoio de outros profissionais, quando julgar pertinente, e articular as ações desenvolvidas no serviço com a rede de cuidados e de proteção social no território.

**Prática centrada na família:** 1. respeito e dignidade; 2. participação empoderada e decisão compartilhada; 3. colaboração e engajamento; 4. troca de informação e conhecimento

**5 perguntas**

- + *Sintomas:* que tipo de problema é esse?
- + *Impacto:* quanta angústia, estresse ou prejuízo ele causa?
- + *Riscos:* que fatores desencadearam a mantiveram o problema?
- + *Capacidades:* que pontos fortes existem para auxiliar no tratamento?
- + *Modelo explicativo:* que crenças e expectativas a família traz consigo?



UFPEL

FACULDADE DE MEDICINA – DEPARTAMENTO DE SAÚDE MENTAL

### SAÚDE MENTAL NA INFÂNCIA

#### CHECK-LIST

**Legenda:** *Regular* = assíduo, comum, constante, continuado, cotidiano, frequente, habitual, normal.

1. **Minhas palavras favoritas** (funcionalidade)

2. **Crescimento** (ver Caderneta da Criança)

(1) regular (2) irregular: .....

3. **Desenvolvimento** (ver Caderneta da Criança)

(1) regular (2) irregular: .....

#### Alterações

> sinais de alerta: (1) não (2) não sei (3) sim: .....

> suspeita de déficit intelectual: (1) não (2) não sei (3) sim: .....

> suspeita de TEA\*: (1) não (2) não sei (3) sim: >.....

> suspeita de Síndrome de Down: (1) não (2) não sei (3) sim: .....

\* aplicar M-Chat-R em crianças entre 16 e 30 meses de idade, disponível na Caderneta da Criança.

4. **Educação**

> escolaridade: (1) regular (2) irregular: .....

> dificuldade de aprendizagem: (1) não (2) não sei (3) sim: .....

5. **Uso de dispositivos eletrônicos:** (1) não (2) sim:

Qual(is): ..... Horas / dia: \_\_

	Regular	Irregular - descrever
6. Vacinação		
7. Acidentes		
8. Audição		
9. Saúde bucal		
10. Visão (acima de 3 anos)		

**11. Situação de violência**

(1) não (2) não sei (3) sim: .....

> autoprovocada: (1) autolesão (2) risco de suicídio

> interpessoal: (1) intrafamiliar (2) comunitária

Natureza: (1) física (2) sexual (3) psicológica (4) negligência/abandono (5) trabalho infantil (6) bullying

Notificação (Vigilância – Viva): (1) sim (2) não (3) não sei

Comunicação ao Conselho Tutelar: (1) sim (2) não (3) não sei

*Obs.) situações que envolvam racismo ou outras formas de discriminação podem configurar violência de natureza psicológica e/ou bullying.*

**12. Uso de substâncias psicoativas**

(1) não (2) álcool (3) outras:.....

Percepção de risco: (1) sim (2) não

**13. Acompanhamento de consultas (médicas, de Enfermagem, VDs, outras):**

(1) sim (2) não: .....

**14. Preocupações dos pais:**

.....

.....

**15. Problemas mentais (revisar prontuário)**

Exame do estado mental: (1) sem registro (2) sem alterações (3) com alterações, descrever:

.....

.....

Hipótese(s) diagnóstica(s): (1) nenhuma registrada (2) sim, descrever:

.....

.....

Diagnósticos confirmados: (1) nenhum registrado (2) sim, descrever:

.....

.....

**16. Tratamentos realizados: (1) nenhum registrado (2) sim, especificar se anteriores ou em andamento:**

.....

.....

Registro realizado por: ..... Data: \_\_/\_\_/\_\_\_\_\_



UFPEL

FACULDADE DE MEDICINA – DEPARTAMENTO DE SAÚDE MENTAL

### SAÚDE MENTAL NA ADOLESCÊNCIA

#### CHECK-LIST

**Legenda:** Regular = assíduo, comum, constante, continuado, cotidiano, frequente, habitual, normal.

**1. Minhas palavras favoritas (funcionalidade)**

**2. Crescimento** (ver Caderneta da/o Adolescente)  
(1) regular (2) irregular: .....

**3. Desenvolvimento** (ver Caderneta da/o Adolescente)  
(1) regular (2) irregular: .....  
> IMC: (1) regular (2) irregular:.....  
> maturação sexual: (1) regular (2) regular:.....

**4. Educação**  
> escolaridade: (1) regular (2) irregular: .....  
> dificuldade de aprendizagem: (1) não (2) não sei (3) sim: .....

**5. Uso de dispositivos eletrônicos:** (1) não (2) sim:  
Qual(is): ..... Horas / dia: \_ \_

	Regular	Irregular - descrever
<b>6. Vacinação</b>		
<b>7. Acidentes</b>		
<b>8. Audição</b>		
<b>9. Saúde bucal</b>		
<b>10. Visão</b>		

**11. Sexualidade**  
Autopercepção: (1) satisfatória ou sem problemas (2) insatisfatória ou problemática  
Orientar leitura da Caderneta da/o Adolescente (p.39-45)

**12. Situação de violência**

(1) não (2) não sei (3) sim: .....

> autoprovocada: (1) autolesão (2) risco de suicídio

> interpessoal: (1) intrafamiliar (2) comunitária

Natureza: (1) física (2) sexual (3) psicológica (4) negligência/abandono (5) trabalho infantil (6) bullying

Notificação (Vigilância – Viva): (1) sim (2) não (3) não sei

Comunicação ao Conselho Tutelar: (1) sim (2) não (3) não sei

*Obs.) situações que envolvam racismo ou outras formas de discriminação podem configurar violência de natureza psicológica e/ou bullying.*

**13. Uso de substâncias psicoativas**

(1) não (2) álcool (3) outras:.....

Percepção de risco: (1) sim (2) não

**14. Projeto de vida**

(1) sim (2) não

Orientar leitura da Caderneta da/o Adolescente (p.46-47)

**15. Acompanhamento de consultas (médicas, de Enfermagem, VDs, outras):**

(1) sim (2) não: .....

**16. Preocupações dos pais:**

.....  
.....

**17. Problemas mentais (revisar prontuário)**

Exame do estado mental: (1) sem registro (2) sem alterações (3) com alterações, descrever:

.....  
.....

Hipótese(s) diagnóstica(s): (1) nenhuma registrada (2) sim, descrever:

.....  
.....

Diagnósticos confirmados: (1) nenhum registrado (2) sim, descrever:

.....  
.....

**18. Tratamentos realizados: (1) nenhum registrado (2) sim, especificar se anteriores ou em andamento:**

.....  
.....

Registro realizado por: ..... Data: \_\_/\_\_/\_\_\_\_

# Minhas palavras favoritas

## 6 passos

Meu nome:

.....

Data:

.....  
.....

.....  
.....

.....  
.....

Metas:

.....  
.....

**Meu corpo**

[-2]-[-1]-😊-[+1]-[+2]

1

**Como eu faço**

2

[-2]-[-1]-😊-[+1]-[+2]

**Amigos**

3

[-2]-[-1]-😊-[+1]-[+2]

**Família**

4

[-2]-[-1]-😊-[+1]-[+2]

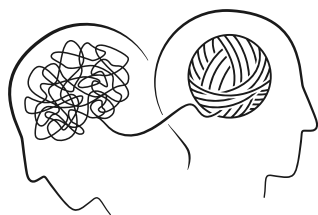
**Diversão**

5

[-2]-[-1]-😊-[+1]-[+2]



Ref: Classificação Internacional de Funcionalidades - Crianças e Adolescentes (OMS, 2007); CanChild's F-words Knowledge Hub: [www.canchild.ca/f-words](http://www.canchild.ca/f-words); Goal Attainment Scaling (Krasny-Pacini, 2013).



## Técnica de manejo de problemas

A técnica de manejo de problemas pode ajudar o paciente a identificar problemas ou conflitos relacionados a sofrimento emocional, buscar recursos para resolver suas dificuldades, aumentar a sensação de controle sobre as circunstâncias negativas e facilitar a resolução de problemas futuros.

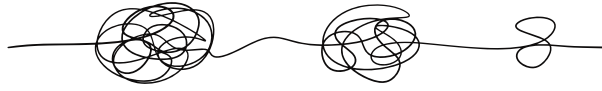
Está indicada para transtornos mentais leves a moderados, como a depressão leve a moderada (efetividade com nível de evidência B – moderada), transtornos de ansiedade e transtornos de ajustamento, associados a perda real ou temida, adoecimento físico, dificuldades de relacionamento, problemas no trabalho ou estudo, adaptação a situações de doença mental.

Não está indicada para transtornos mentais graves na atenção primária, como os transtornos psicóticos, transtornos por uso de substâncias e transtornos de personalidade.

Pode ser aplicada na rotina de atendimento dos profissionais da APS ou por consultas especialmente dedicadas.

O processo segue estas etapas:

1. Identificar a necessidade e aplicabilidade (indicações e contra-indicações)
2. Explicar o tratamento
3. Listar e eleger problemas
4. Pensar em metas alcançáveis
5. Gerar soluções
6. Eleger uma solução
7. Colocar a solução em prática
8. Avaliar e repetir o ciclo



Para aplicar a Técnica de Manejo de Problemas e registrar as entrevistas utilize o [TMP-registro](#) , que está acessível nesse link para impressão e pode ser visto na próxima página.





Agora veja quais serão os passos necessários para alcançar cada objetivo; comece com os passos que sejam possíveis nesse momento.

Passos	
Objetivo	Passo

#### Avaliação

Antes de cada consulta, assinale nessa linha o quanto você acha que cada objetivo foi realizado; o que vale é você ter tentado, então mesmo que não tenha conseguido progredir, a sua tentativa já estará valendo.

<b>Objetivo:</b> <b>Data:</b> -----/-----/-----/-----/----- <b>Nada realizado Um pouco realizado Bastante realizado Muito realizado Totalmente realizado</b>
---

<b>Objetivo:</b> <b>Data:</b> -----/-----/-----/-----/----- <b>Nada realizado Um pouco realizado Bastante realizado Muito realizado Totalmente realizado</b>
---

<b>Objetivo:</b> <b>Data:</b> -----/-----/-----/-----/----- <b>Nada realizado Um pouco realizado Bastante realizado Muito realizado Totalmente realizado</b>
---

Assinatura pela equipe de saúde:

A sua assinatura:



### **Algumas questões:**

- Quanto tempo deve durar cada atendimento (consulta ou visita)?

Depende do tempo disponível da pessoa e do profissional, mas em geral o primeiro encontro pode ser um pouco mais demorado (20 ou 30 minutos) para definir os problemas, objetivos e passos, e os seguintes mais breves (10 a 15 minutos) pois serão para a avaliação e redefinição do manejo do problema.

- Quantos problemas podem ser escolhidos para começar a TMP?

Não há um número exato, mas é bom não exagerar! Não é preciso nem recomendado começar com muitos problemas, pois isso pode gerar confusão e dificuldades para dar os primeiros passos. Experimente começar com apenas um, se a pessoa compreender e colocar a técnica em prática será capaz de manejar também outros problemas.

- Quantos atendimentos serão necessários?

O registro tem espaços para a consulta ou visita inicial e outros 3 encontros para avaliação, mas esse não é um número fechado, poderá ser mais ou menos, dependendo da disponibilidade, adesão e evolução do manejo do problema. A aplicação da técnica se propõe a ser breve, pois é diferente de uma psicoterapia.

- Posso aplicar junto com outro colega da equipe?

Sim, especialmente no início, até que você tenha mais experiência, poderia aplicar a TMP junto com um colega da sua ou de outra profissão; se recomenda que apenas um/a dirija o atendimento, enquanto o outro observa ou complementa no final; discutir com o colega logo após o atendimento pode ajudar a esclarecer dúvidas e planejar a próxima consulta ou visita.

- Eu ainda não tenho experiência e me sinto inseguro para começar a aplicar a técnica de manejo de problemas.

Isso é normal, pois a experiência vem com a prática. Como na questão acima, você poderia começar junto com um colega mais experiente ou buscar a supervisão de outro profissional da sua equipe ou da e-Multi.





## Intervenção breve para uso de substâncias

A Intervenção Breve - IB é uma intervenção desenvolvida em um curto espaço de tempo em **sessões que variam de 5 a 45 minutos, raramente ultrapassando cinco encontros**. A intervenção é destinada a indivíduos que **apresentam problemas ou potencial para desenvolver problemas ligados ao seu padrão de consumo de álcool ou outras substâncias, mas que não preenchem o critério diagnóstico de dependência**.

Aplicar a IB na atenção primária pode: 1. facilitar o diagnóstico precoce de problemas ligados à substância; 2. diminuir o consumo de risco; 3. prevenir problemas ligados ao consumo; 4. prevenir o desenvolvimento de quadros mais severos; 5. encaminhar pacientes com quadros mais graves a serviços especializados.

*A IB foca em favorecer o conhecimento a respeito de possíveis problemas ligados ao padrão de consumo do indivíduo, aumentar a motivação para querer reduzir esse consumo, aumentar a autoeficácia e ensinar estratégias efetivas em reduzir o consumo e os riscos ligados ao consumo de álcool ou outras substâncias.*

A IB pode ser dividida em dois passos: **triagem e intervenção**.

### **Triagem**

No primeiro momento, é importante fazer uma triagem, na qual se faz o rastreamento dos padrões de consumo do indivíduo, avaliando os possíveis riscos e problemas decorrentes.

Para a triagem do consumo de álcool, utilizam-se instrumentos como o CAGE e AUDIT.

O **CAGE** é composto por quatro perguntas (todas com respostas “sim” ou “não”). Nos casos em que duas ou mais respostas “sim” são obtidas, é indicada uma avaliação mais detalhada.

O **AUDIT – UFPEL-rev** consiste em 10 perguntas que analisam a quantidade e a frequência de consumo de álcool, possíveis sintomas de abstinência e possíveis problemas ligados ao consumo de álcool. Cada resposta tem uma pontuação. Nos casos em que a pontuação supera 8 pontos, existe o risco de problemas ligados ao consumo excessivo de álcool, e uma avaliação mais detalhada é indicada.

A triagem para outras substâncias pode ser feita com o **ASSIST** – Teste de Triagem de Envolvimento com Álcool, Cigarro e Outras Substâncias (link).

O instrumento para avaliar o risco de dependência de nicotina, pelo hábito de fumar o tabaco, é o **Teste de Fagerström**.

*É importante ressaltar que estes instrumentos não fazem o diagnóstico de abuso ou dependência das substâncias, mas podem apontar prováveis casos que merecem ser avaliados nos serviços especializados (CAPS AD, Ambulatórios de Saúde Mental).*

Nos casos em que sejam identificados problemas ou riscos, conforme os escores dos questionários, uma avaliação mais detalhada é indicada. Essa avaliação deve investigar:

- + o nível de comprometimento do paciente no momento da intervenção
- + o grau de problemas relacionados ao consumo de álcool
- + possíveis complicações e/ou comorbidades associadas

*Algumas questões são:*

- + o último episódio de consumo (tempo de abstinência)
- + a quantidade de substância consumida
- + a via de administração escolhida
- + o ambiente do consumo (festas, na rua, no trabalho, com amigos, com

desconhecidos, sozinho...)

+ a frequência do consumo nos últimos meses

*Alguns sinais de problemas ligados ao consumo de álcool*

+ faltas frequentes ao trabalho e à escola

+ história de trauma e acidentes frequentes

+ depressão / ansiedade

+ hipertensão arterial

+ sintomas gastrointestinais

+ disfunção sexual

+ distúrbio do sono

## **Intervenção**

*Avaliar a motivação para reduzir o consumo de álcool é primeiro passo!*

O modelo desenvolvido por DiClemente e Prochaska ajuda a compreender os estágios de motivação:

+ **pré-contemplação:** pouca ou nenhuma preocupação com os problemas associados ao uso de álcool; a maioria não deseja modificar os próprios comportamentos, pois acha que não tem nenhum tipo de problema relacionado ao consumo excessivo de álcool; muitas vezes, são pressionados pelos familiares a procurar tratamento; nesse momento, é importante auxiliá-los na avaliação dos problemas.

+ **contemplação:** se preocupa com os problemas associados ao uso de álcool, porém não apresenta um plano para modificar seu comportamento; está começando a ter consciência ou a se preocupar com as consequências adversas do consumo excessivo de álcool.

+ **preparação:** os pacientes se preocupam com os problemas associados ao uso de álcool, inclusive com a busca de um plano para se tratar; a

decisão de modificar seu comportamento é assumida, porém ainda não foi acionado o plano de tratamento.

+ **determinação**: coloca em prática o plano para modificar o comportamento-problema, engajando-se ativamente em um programa de tratamento.

+ **ação**: o paciente inicia o tratamento e interrompe o uso, tomando ações eficazes para atingir a meta estabelecida.

+ **manutenção**: rediscute seus objetivos e a mudança de comportamento, fazendo uma avaliação dos resultados.

*Existem **seis elementos** que contribuem para a eficácia da IB, também presentes na Entrevista Motivacional. Eles podem ser identificados por meio do acrônimo **O REMAR**, originado pela composição da primeira letra das palavras *Orientações, Retorno, Empatia, Menu, Autoeficácia, Responsabilidade*.*

A **Orientação** inclui as recomendações ao paciente, que devem ser claras, diretas e sem juízo de moral ou social, preservando a autonomia de decisão do paciente.

O termo **Retorno** significa a comunicação dos resultados de sua avaliação, com o AUDIT, por exemplo, esclarecendo o nível de risco em que se encontra.

A **Empatia** lembra da postura que deve ser adotada pelo profissional, de modo empático, solidário e compreensivo.

O **Menu** apresenta uma lista de alternativas de ações de autoajuda ou tratamento disponíveis que podem ser implementadas pelo paciente.

A **Autoeficácia** deve promover e facilitar a confiança do paciente em seus recursos e em seu sucesso, reforçando o otimismo e a autoconfiança do paciente, de modo realista, desfazendo crenças distorcidas e negativas sobre si mesmo.

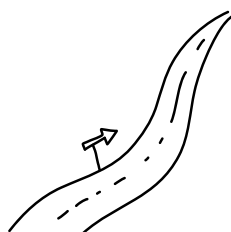
A **Responsabilidade** enfatiza a autonomia do paciente e sua responsabilidade nas decisões, o que implica o posicionamento

necessário de autoproteção, cuidado e compromisso com a mudança.

*Tendo em mente esses elementos, existem **cinco passos** a serem seguidos na aplicação de uma IB para problemas com o álcool:*

1. Avaliação e retorno: aplicar CAGE ou AUDIT para rastreamento.
2. Negociação da meta de tratamento em acordo com o paciente: se estiver fazendo uso de alto risco, pode-se sugerir o beber controlado; se houver dependência, sugerir a abstinência.
3. Técnicas de modificação de comportamento: verificar o estado de motivação do paciente; fazer um balanço entre os prós e contras do uso de álcool; realizar avaliação laboratorial e investigar áreas de vida com problemas relacionados ao consumo.
4. Material de autoajuda: fornecer material informativo sobre uso de álcool.
5. Seguimento: realizar consulta, visita domiciliar ou telefonema mensal.

*Nos casos de risco ou dependência leve as consultas podem ser de 15 minutos de aconselhamento por 4 a 5 meses, conforme o seguinte roteiro que se encontra nos instrumentos indicados abaixo.*



Consulte um Roteiro para profissionais: [IB roteiro – 04.26](#) e um Registro para profissionais e usuários: [IB – paciente – 04.26](#), que poderão facilitar a avaliação e o seguimento das pessoas com problemas relacionados ao uso de substâncias.

Veja nas páginas a seguir o roteiro, registro e [AUDIT – UFPEL-rev](#)





UFPEL

FACULDADE DE MEDICINA – DEPARTAMENTO DE SAÚDE MENTAL

### USO DE ÁLCOOL E OUTRAS SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS

#### INTERVENÇÃO BREVE - IB

##### ROTEIRO PARA PROFISSIONAIS

Falar sobre o uso de álcool e outras substâncias faz parte do cuidado — mesmo quando esse não é o motivo da consulta. Muitas vezes, o tema aparece de forma indireta, como: dificuldade para dormir, ansiedade, conflitos familiares, piora de doenças crônicas, faltas frequentes. Por isso, vale a pena abrir esse espaço de conversa.

#### Como começar a conversa?

Não precisa ser complicado. Uma pergunta simples e natural já ajuda:

“Posso te perguntar um pouco sobre o uso de álcool ou outras substâncias? Isso me ajuda a entender melhor sua saúde.”

O mais importante: falar sem julgamento, mostrar interesse genuíno, explicar o porquê da pergunta. Quando o paciente se sente seguro, ele fala com mais liberdade.

#### O que realmente importa investigar?

Mais do que quantidade, foque no contexto: Quando usa? Com quem? Em quais situações? O que esse uso representa? Muitas vezes, o uso está ligado a: estresse, solidão, socialização. Entender isso muda totalmente a abordagem.

#### Benefícios x prejuízos

Ajude o paciente a refletir:

O que ele percebe como positivo? Relaxamento, prazer ou socialização?

E os possíveis prejuízos? problemas de saúde, conflitos ou impacto no trabalho/estudo?

Esse equilíbrio é fundamental para gerar insight.

#### TRIAGEM

+ Perguntar a todos/as pacientes sobre o uso de álcool

- sem uso de álcool = prevenção primária, orientação básica

- com uso de álcool: < 7/14 doses = consumo sem risco<sup>1</sup>; > 7/14 = consumo com risco, aplicar AUDIT<sup>2</sup>

Nível de uso	Intervenção	Escores do AUDIT
Zona I	Prevenção primária, orientação básica	0-7
Zona II	Intervenção breve e monitoramento <sup>3</sup>	8-15
Zona III	Tratamento ou ref. a serviço especializado <sup>3</sup>	>16

1. Uma dose equivale a 10 mg de álcool puro, o que corresponde a: 1 lata de cerveja ou 1 taça de vinho ou 1 dose de cachaça ou outra bebida destilada; OMS define consumo sem risco = até 7 doses por semana para mulher e 14 para homens.

2. Acesso em <https://wp.ufpel.edu.br/ipab/instrumentos/avaliacao-do-uso-de-substancias-psycoativas/>

3. Fazer rastreamento para ansiedade e depressão = acesso em **Cartão Babel:**

<https://wp.ufpel.edu.br/ipab/instrumentos/cartao-babel/>

+ Para outras substâncias = ASSIST<sup>2</sup>

	Pontuação	Nenhuma intervenção	Intervenção Breve	Ref. a serviço especializado
Álcool		0-10	11-26	27 ou mais
Tabaco		0-3	4-26	27 ou mais
Maconha		0-3	4-26	27 ou mais
Cocaína		0-3	4-26	27 ou mais
Anfetaminas		0-3	4-26	27 ou mais
Inalantes		0-3	4-26	27 ou mais
Hipnóticos/sedativos		0-3	4-26	27 ou mais
Alucinógenos		0-3	4-26	27 ou mais
Opióides		0-3	4-26	27 ou mais

Anote a pontuação para cada droga. Some **somente** a pontuação das questões 2, 3, 4, 5, 6, 7.

> Para avaliar o risco de dependência de nicotina, pelo hábito de fumar o tabaco: **Teste de Fagerström<sup>2</sup>**.

> *Estes instrumentos não fazem o diagnóstico de transtornos mentais, mas podem apontar prováveis casos para intervenções na APS ou avaliação nos serviços especializados (CAPS AD, Ambulatórios de Saúde Mental).*

> *Situações Álcool Zero:* menores de 18 anos; gestantes, nutrizes ou mulheres que estão tentando engravidar; condições de saúde que podem ser agravadas pelo álcool; uso de medicamentos que apresentam interação com o álcool; dirigir veículo automotor, operar máquinas ou realizar outras atividades que envolvam riscos; não conseguir controlar o consumo.

## INTERVENÇÃO

+ 4 a 5 encontros = *consultas de 15 minutos para aconselhamento por 4 a 5 meses.*

+ *indicado para pessoas com potencial ou problemas ligados ao seu padrão de consumo de álcool ou outras substâncias + não indicado para dependência ou comorbidades graves.*

**Foco:** *favorecer o conhecimento de problemas ligados ao padrão de consumo; aumentar a motivação para reduzir o consumo; aumentar a autoeficácia; ensinar estratégias efetivas para reduzir o consumo e os riscos. Lide com a resistência: o paciente não é um adversário a ser derrotado. Evite a confrontação.*

**Avaliação:** nível de comprometimento do paciente no momento da intervenção + grau de problemas relacionados ao consumo de álcool + possíveis complicações e/ou comorbidades associadas.

**Algumas questões:** + o último episódio de consumo (tempo de abstinência) + a quantidade de substância consumida + a via de administração escolhida + o ambiente do consumo (festas, na rua, no trabalho, com amigos, com desconhecidos, sozinho...) + a frequência do consumo nos últimos meses

**Alguns sinais de problemas ligados ao consumo de álcool:** + faltas frequentes ao trabalho e à escola + história de trauma e acidentes frequentes + depressão / ansiedade + hipertensão arterial + sintomas gastrointestinais + disfunção sexual + distúrbio do sono

**Avaliar estágios de motivação:** + pré-contemplação + contemplação + preparação + determinação + ação + manutenção.

*Seis elementos para a eficácia da IB [ver [Entrevista Motivacional](#)] = O REMAR: originado pela composição Orientações, Retorno, Empatia, Menu, Autoeficácia, Responsabilidade.*

*Cinco passos a serem seguidos na aplicação de uma IB:: avaliação e retorno: (1) aplicar instrumentos para rastreamento; (2) negociação da meta de tratamento em acordo com o paciente: se estiver fazendo uso de alto risco, pode-se sugerir o beber controlado; se houver dependência, sugerir a abstinência; (3) técnicas de modificação de comportamento: verificar o estado de motivação do paciente; fazer um balanço entre os prós e contras do uso de álcool; realizar avaliação laboratorial e investigar áreas de vida com problemas relacionados ao consumo; (4) material de autoajuda: fornecer material informativo sobre uso de álcool; (5) seguimento: realizar consulta, visita domiciliar ou telefonema mensal.*

**+ Primeira consulta:** (1) avaliar o consumo de álcool – uso de risco / dependência (quanto, com que frequência, quando, com quem e quais os estímulos ambientais para uso do álcool); (2) avaliação médica geral; (3) se houver ideação suicida considerar encaminhamento ao especialista; (4) pedido de exames complementares (hemograma completo, gama GT e outros que se fizerem necessários de acordo com a avaliação médica); (5) devolutiva da avaliação e estabelecimento da meta (abstinência ou beber controlado); (6) procura de estratégias comportamentais que ajudem a alcançar a meta estabelecida.

**+ Segunda consulta:** (1) avaliação do consumo de álcool desde a última consulta, se o paciente conseguiu ou não cumprir a meta – se não, quais as dificuldades que encontrou; (2) avaliação do resultado dos exames complementares; (3) reforço da meta a ser seguida; (4) fornecimento de material para leitura e autoajuda.

**+ Terceira consulta:** (1) avaliação do consumo de álcool desde a última consulta; se o paciente conseguiu ou não cumprir a meta – se não, quais as dificuldades que encontrou; (2) avaliação das vantagens e desvantagens de usar e não usar álcool – isso ajuda o paciente a decidir entre beber e não beber; (3) se algum exame estiver alterado – por exemplo, gama GT – e se o paciente já estiver diminuindo o uso de álcool, considerar repetição do exame, mostrando ao paciente as alterações hepáticas antes e depois da diminuição do consumo de álcool.

**+ Quarta consulta:** (1) avaliação do uso de álcool desde a última consulta; (2) reavaliação dos pontos de maior dificuldade para enfrentar as situações de risco e discussão de estratégias para encará-las; (3) avaliação do progresso do tratamento até o momento junto com o paciente e encaminhamento para centro especializado nos casos em que não se alcançou melhora significativa ou há dependência.



UFPEL

FACULDADE DE MEDICINA – DEPARTAMENTO DE SAÚDE MENTAL

### **USO DE ÁLCOOL E OUTRAS SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS**

#### **REGISTRO PARA PROFISSIONAIS E USUÁRIOS**

Gostaríamos de conversar sobre o uso das substâncias psicoativas, aquelas que interagem com o cérebro e outras partes do corpo, com o objetivo de avaliar como o seu modo de consumir essas substâncias pode estar afetando a sua saúde. Se for necessário, poderíamos pensar juntos em algumas medidas de controle do uso e no seu acompanhamento. É importante que você o preserve, use para lembrar o que foi combinado nas consultas e traga ele em próximos atendimentos.

#### **Entendendo um pouco sobre você**

Em casa, você convive com outras pessoas?

Como está no seu trabalho ou atividade?

Você tem alguma crença ou religião?

#### **Entendendo um pouco sobre o uso**

Qual ou quais substância(s) você usa?

Álcool  Cigarro  Maconha  Cocaína  Crack  Outra(s): .....

*Se álcool, aplique o AUDIT e avalie a pontuação\_\_ no quadro abaixo:*

<b>Nível de uso</b>	<b>Intervenção</b>	<b>Escores do AUDIT</b>
Zona I	Prevenção primária, orientação básica	0-7
Zona II	Intervenção breve e monitoramento	8-15
Zona III	Tratamento ou ref. a serviço especializado	>16

*Se outra substância, aplique o ASSIST e avalie a pontuação conforme o quadro no guia do profissional.*

#### **Refletindo sobre o uso**

1) Você vê o uso como prejudicial em alguma situação da sua vida?

Sim  Não

2) Se sim, quais áreas da sua vida você sente que há prejuízo?

Relações afetivas  Vida sexual  Trabalho  Outra(s): .....

### Visualizando vantagens e desvantagens

Liste aqui prós e contras:

Por que fazer o uso? Quais os benefícios?	Por que NÃO fazer o uso? Quais os prejuízos que isso pode me causar?

### Estabelecendo metas

1. Você acha necessário mudar o modo como tem usado a(s) substância(s)?

Não     Sim

2. Caso sim, o que seria necessário mudar?

.....

3. Inicialmente, pense e escreva seu objetivo inicial, baseado no seu padrão de uso atual.

.....

4. Baseado no seu objetivo, estabeleça os primeiros passos necessários com o intuito de alcançar esta meta:

Objetivo inicial / Meta	Passos

Para que te ajude a refletir, pense em possíveis gatilhos e como evitá-los. Liste aqui os gatilhos:

.....

.....

Calendário de consultas		
	Objetivos	Data
1	Avaliação inicial	
2	Reavaliação e ajuste	
3	Consolidação e prevenção de recaídas	
4	Avaliação do resultado e definição de condutas	
Retorno		
Retorno		

**Régua do uso**

Esta linha serve para você avaliar o uso de substâncias:

Substância: .....

-----/-----/-----/-----/-----

Uso eventual    Uso frequente    Uso exagerado    Uso descontrolado    Sem uso

Substância: .....

-----/-----/-----/-----/-----

Uso eventual    Uso frequente    Uso exagerado    Uso descontrolado    Sem uso

Substância: .....

-----/-----/-----/-----/-----

Uso eventual    Uso frequente    Uso exagerado    Uso descontrolado    Sem uso

**Cada processo é individual e só você sabe como! Celebre cada conquista!!**

## AUDIT

### **1. Com que frequência consome bebidas que contêm álcool? [Escreva o número que melhor corresponde à sua situação.]**

- 0 = nunca
- 1 = uma vez por mês ou menos
- 2 = duas a quatro vezes por mês
- 3 = duas a três vezes por semana
- 4 = quatro ou mais vezes por semana

### **2. Nas ocasiões em que bebe, quantas doses você costuma tomar?**

*Cada dose equivale a 1 lata de cerveja (350ml), 1 taça de vinho (140ml), 1 copinho de cachaça, uísque, vodca, etc. (45 ml).*

- 0 = uma ou duas
- 1 = três ou quatro
- 2 = cinco ou seis
- 3 = de sete a nove
- 4 = dez ou mais

### **3. Com que frequência consome seis doses ou mais numa única ocasião?**

- 0 = nunca
- 1 = menos de uma vez por mês
- 2 = pelo menos uma vez por mês
- 3 = pelo menos uma vez por semana
- 4 = diariamente ou quase diariamente

### **4. Com que frequência, durante o último ano, você achou que não conseguiria controlar a quantidade de bebida depois de começar a beber?**

- 0 = nunca
- 1 = menos de uma vez por mês
- 2 = pelo menos uma vez por mês
- 3 = pelo menos uma vez por semana
- 4 = diariamente ou quase diariamente

### **5. Com que frequência, durante o último ano, você não conseguiu cumprir algum compromisso por causa da bebida?**

- 0 = nunca
- 1 = menos de uma vez por mês
- 2 = pelo menos uma vez por mês
- 3 = pelo menos uma vez por semana
- 4 = diariamente ou quase diariamente

**6. Com que frequência, durante o último ano, depois de ter bebido muito, você precisou beber pela manhã de novo para se sentir melhor ou amenizar a ressaca?**

- 0 = nunca
- 1 = menos de uma vez por mês
- 2 = pelo menos uma vez por mês
- 3 = pelo menos uma vez por semana
- 4 = diariamente ou quase diariamente

**7. Com que frequência, durante o último ano, você sentiu culpa ou remorso depois de beber?**

- 0 = nunca
- 1 = menos de uma vez por mês
- 2 = pelo menos uma vez por mês
- 3 = pelo menos uma vez por semana
- 4 = diariamente ou quase diariamente

**8. Com que frequência, durante o último ano, você não conseguiu lembrar do que aconteceu na noite anterior por causa da bebida?**

- 0 = nunca
- 1 = menos de uma vez por mês
- 2 = pelo menos uma vez por mês
- 3 = pelo menos uma vez por semana
- 4 = diariamente ou quase diariamente

**9. Alguma vez na vida você já se feriu ou se prejudicou por causa da bebida?**

- 0 = não
- 1 = sim, mas não nos últimos 12 meses
- 2 = sim, aconteceu nos últimos 12 meses

**10. Alguma vez na vida algum parente, amigo, médico ou outro profissional da saúde já se preocupou com você por causa da bebida ou te disse para parar de beber?**

- 0 = não
- 1 = sim, mas não nos últimos 12 meses
- 2 = sim, aconteceu nos últimos 12 meses

**Resultado:** Some o número de cada uma de suas 10 respostas e consulte na tabela o resultado; este resultado estima o risco do seu tipo de consumo e a intervenção necessária:

Consumo de Baixo Risco – 0 a 7 pontos

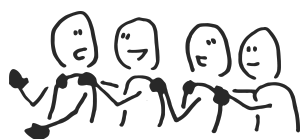
Consumo de Risco – 8 a 15 pontos

Uso Nocivo ou Consumo de Alto Risco – 15 a 19 pontos

Possível Dependência – 20 ou mais pontos

Máximo – 40 pontos

<b>Nível de uso</b>	<b>Intervenção</b>	<b>Escores do AUDIT</b>
Zona I	Prevenção primária, orientação básica	0-7
Zona II	Intervenção breve e monitoramento	8-15
Zona III	Tratamento ou ref. a serviço especializado	>16



## Abordagens grupais

As abordagens grupais podem ser muito úteis para aumentar o acesso das pessoas às intervenções psicossociais, proporcionando apoio e facilitando a comunicação e a coesão social das pessoas na comunidade.

Assim como as modalidades individuais, é preciso que haja uma indicação para que as abordagens grupais possam beneficiar as pessoas.

### **Alguns princípios básicos que indicam uma abordagem grupal são:**

- + Aceitação por parte da pessoa em participar de um grupo, mantendo as regras de participação, como o respeito às outras pessoas, os horários e o nível de sigilo combinados.
- + Algumas pessoas com problemas de personalidade ou transtornos mentais graves podem não apresentar as condições para participação em grupos abertos, pela dificuldade em aceitar regras básicas, tendência à manipulação dos outros ou comportamento que dificulte a convivência num determinado grupo; nestes casos poderia ser cogitado um grupo com características especiais para populações específicas.

Vamos apresentar duas modalidades grupais: o Grupo Operativo e a Tertúlia.

### **Grupo Operativo**

O grupo operativo, segundo a concepção de Pichon-Rivière, é um instrumento de trabalho, um método de investigação e cumpre, além disso, uma função terapêutica. No entanto, sua finalidade não é tanto “curar” mas sim “resolver” os obstáculos para o desenvolvimento do indivíduo no grupo, colocando-o em melhores condições de encontrar as próprias soluções.

Ao contrário de um grupo “terapêutico” que olha mais para o passado, o grupo operativo tem uma dimensão prospectiva, tudo que surge no grupo é um ensaio do que se realizará em seguida e fora do grupo. Está centrado numa *tarefa*, reparando as redes de comunicação, superando a resistência à mudança, fazendo uma leitura crítica da realidade.

O grupo operativo se constitui numa *equipe que aprende*, enquadrando tempo e espaço, podendo ser aplicado a diferentes grupos, qualquer que seja a sua tarefa, como no ensino, teatro, música, esportes, empresas, terapia, etc.

Tem como papéis fixos o coordenador e o observador, e não fixos, que seriam os demais integrantes. A *dinâmica grupal* inclui as seguintes noções:

+ *pré-tarefa*: momento do grupo em que predominam os mecanismos de dissociação, as diferentes formas de não entrar na tarefa, mecanismo de postergação que oculta a dificuldade em tolerar a frustração de iniciar e terminar tarefas, levando a uma constante frustração.

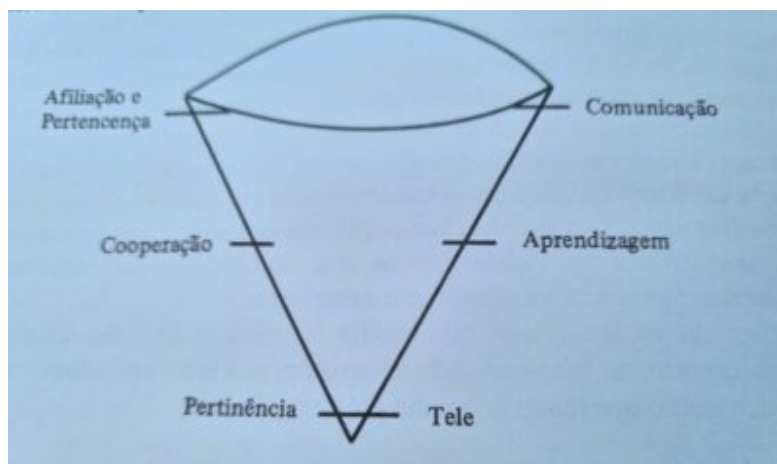
+ *tarefa*: acontece quando se elaboram os quatro momentos da função operativa (estratégia, técnica, tática e logística); será mais operativo quanto maior o grau de criatividade, que se dá na medida em que se enfrentam tarefas novas com técnicas diferentes, possibilitando a aprendizagem e tornando o grupo mais flexível; ao processo no mundo externo correspondem as mudanças no mundo interno da consciência individual e grupal.

= a *estratégia* é o planejamento de longo alcance, a *técnica* são os diferentes recursos, instrumentos e a forma utilizada para operar no campo, a *tática* é a forma com que emprega-se o plano na prática e a *logística* é a observação do campo inimigo, ou seja, a resistência à mudança.

+ *projeto*: após a elaboração da estratégia operativa no mundo interno e sobre a base do planejamento, o sujeito ou o grupo podem orientar-se para a ação futura que emerge da tarefa.

No grupo operativo é fundamental observar a dinâmica, que reflete os fenômenos transferenciais, levando em conta a relação do grupo com a tarefa.

Para facilitar a observação dos fenômenos grupais o esquema do cone invertido pode ser útil:



+ *afiliação e pertencimento*: significa o grau de identificação dos membros com o grupo e entre si; alguns indivíduos sentem-se parte de um “nós” (pertencentes) e outros colocam-se na relação eu-eles (afiliados); o grau de responsabilidade com a tarefa irá variar entre os tipos, embora essa também seja uma relação dinâmica.

+ *cooperação*: capacidade de ajudar-se entre si e o coordenador; se dá na medida em que os papéis no grupo sejam complementares e não suplementares, que levam à rivalidade.

+ *pertinência*: capacidade de centrar-se na tarefa, no aqui e agora, vencendo a resistência à mudança e resolvendo os problemas.

+ *comunicação*: as diferentes formas de relacionamento no grupo, que inclui a não-comunicação, os subentendidos e mal entendidos.

+ *aprendizagem*: soma da informação que cada integrante do grupo leva à tarefa, adaptação ativa à realidade, levando à modificação do indivíduo e do meio, numa interação dinâmica, desenvolvendo condutas alternativas diante dos obstáculos.

+ *tele*: disposição positiva ou negativa para interatuar mais com um dos

membros do que com outros; sentimento de atração ou rejeição, simpatia ou antipatia; coisa “de pele”.

No vértice do cone se encontra o mais *explícito* ou manifesto, enquanto na base está aquilo que é *implícito* ou latente.

Analizando a *Poética* de Aristóteles, Pichon faz uma comparação com o teatro grego, onde os expectadores participavam ativamente e, ao contemplar o espetáculo, realizavam ao mesmo tempo uma catarse emocional. Esse processo se dá pela identificação com o porta-voz-protagonista. No grupo operativo também haveria um porta-voz, que sinaliza o processo grupal, expressando algo latente, que podem ser as fantasias, ansiedades e necessidades do grupo.

Desta forma, criam-se papéis verticais (cada integrante) e horizontais (o grupo), a *tarefa do coordenador* será colocar em evidência essas dinâmicas que perpassam indivíduos e o grupo, *sempre de modo prospectivo, levando a ações futuras e no exterior*, ainda que o grupo possa apresentar fenômenos regressivos (que seriam melhor interpretados no contexto de um grupo terapêutico).

O *coordenador* ajuda a estabelecer um enfoque para a operação do grupo, a fim de desenvolver as tarefas reflexivas internas que conduzem às tarefas externas, de responsabilidade do grupo. O processo do grupo operativo é *dinâmico*, pois a atividade não deve estar rigidamente organizada, dando espaço à criatividade, *reflexivo*, no movimento de olhar para dentro e para diante, e *democrático*, pois todo pensamento e ação deve originar-se do próprio grupo, com o surgimento lideranças funcionais.

Portanto, o coordenador assume um papel diferente no grupo, não assumindo funções que possam ser realizadas por outros membros. Ao se colocar na posição de “estar no grupo, sem ser do grupo” cria o espaço para um *movimento em espiral* que leva a um *processo sem fim*, O *observador* cumpre uma função auxiliar, sem interferir ativamente na coordenação, mas trazendo à tona possíveis materiais que possam ser explicitados no grupo; os papéis de coordenador e observador geralmente são delegados aos profissionais da equipe de saúde, que

podem se revezar nessas funções.

A partir do *existente* no grupo, implícito ou explicitamente, é possível propor uma nova perspectiva, esclarecendo as dificuldades e modificando as situações, uma mudança que se expressa num *emergente*, ou a resposta do grupo, desestruturando uma situação prévia e estruturando uma nova.

O grupo operativo é um instrumento adequado para o *esclarecimento*, a *comunicação*, a *aprendizagem* e a *resolução da tarefa*, que possivelmente resolve também as situações de ansiedade.

No contexto da Unidade Básica de Saúde, o grupo operativo poderia ter uma função de *reflexão* e *aprendizagem*, rumo a *projetos individuais e grupais de saúde*.

### **Tertúlia**

A palavra *tertúlia*, utilizada na fronteira sul-riograndense, deriva do espanhol *tertulia*, com o sentido de grupo de pessoas que se encontram para discutir ou conversar.

Como diz a canção nativista:

*Tertúlia é o eco das vozes, perdidas no campo afora  
Cantiga brotando livre, novo prenúncio de aurora  
É rima sem compromisso, julgamento ou castração  
Onde se marca o compasso, no bater do coração.*

Com alguma inspiração na experiência de Alfredo Moffatt na Argentina, onde se criaram as *Peñas*, ou reuniões de amigos, e os *grupos de mateada* (por sua vez inspirado no modelo de *Comunidade* de Enrique Pichon-Riviére, psiquiatra e psicanalista argentino), esta modalidade grupal busca uma alternativa de terapia que respeite os estilos e projetos de vida das pessoas.

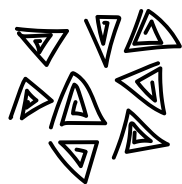
Num grupo onde podem coexistir mais de uma atividade (por exemplo algumas pessoas sentam em roda para conversar enquanto outras dançam ou fazem alguma tarefa manual), o sentimento de

pertencer à mesma *Comunidade* permite que as tarefas dos subgrupos se integrem e complementem, produzindo uma distribuição de papéis onde cada um pode trabalhar o sentimento que tenha maior necessidade de elaborar, de modo dinâmico, ou seja, com intercâmbio de papéis.

O processo terapêutico se dá pela *reconstrução do sistema de realidade*, constituído por todos os níveis de vinculação de uma pessoa com seu mundo (comunicacional, corporal, instrumental e espaço-temporal), que pode estar reprimido ou incompleto em relação aos seus papéis sociais, o manejo do seu corpo, o seu projeto de vida.

Essa prática encontra ressonância no método proposto por Paulo Freire com sua educação dialógica e problematizadora, onde o conteúdo programático não é uma doação ou imposição, mas a devolução organizada, sistematizada e acrescentada ao povo, daqueles elementos que este lhe entregou de forma inestruturada. Segundo o autor, os homens ao terem consciência de si e do mundo, sendo um “corpo consciente”, vivem em uma relação dialética entre os condicionamentos e sua liberdade. A ação do grupo poderá instaurar a percepção crítica, desenvolvendo um clima de esperança e confiança que leva as pessoas a empenhar-se na superação das situações-limite.

Busnello, ao descrever o modelo dos *grupos comunitários*, cita as características básicas dos cuidados de saúde comunitária: integral, continuado, personalizado e participativo. Com base nesses princípios, os grupos poderiam se organizar em torno de problemas ou condições de saúde em comum (p.ex. nervosos, alcoolistas, diabéticos, obesos, gestantes) ou problemas que a comunidade identifique em outros setores, como a educação, segurança, lazer, etc.



## Bibliografia

Albuquerque, Marco A. Psicoterapia para médicos de família: a arte de conversar com o paciente. São Paulo: Ed. Blucher, 2023.

Berstein, Marcos. Contribuições de Pichon-Rivière à psicoterapia de grupo. In: Osório, Luiz Carlos e colaboradores. Grupoterapia hoje. Porto Alegre: Artes Médicas, 1986.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de Atenção Básica n. 33 – **Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

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. **Linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências: orientação para gestores e profissionais de saúde**. 1. ed. atual. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

Busnello, Ellis D'Arrigo. Grupos comunitários. In: Osório, Luiz Carlos e cols. Grupoterapia hoje. Porto Alegre: Artes Médicas, 1986.

Castro, Fábio A; Wenceslau, Leandro D. Abordando o sofrimento mental comum na atenção primária em 7 passos [livro eletrônico] 1. ed. Viçosa, MG : Editora Asa Pequena, 2023.

Coelho, Bruno et al. **Psiquiatria da infância e da adolescência – guia para iniciantes**. Novo Hamburgo: Sinopsys, 2014.

Duncan, Bruce (org.) et al. **Medicina Ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências**. Porto Alegre: Artmed, 2022.

Diehl, Alessandra; Cordeiro, Daniel Cruz; Laranjeira, Ronaldo. Dependência química: prevenção, tratamento e políticas públicas. Organizadores, 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2019.

Freire, Paulo. Pedagogia do oprimido. 12 ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1983.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira. **Portal de Boas Práticas em Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente**. Postagens: Principais Questões sobre Saúde Mental de Crianças: sinais de alerta para APS. Rio de Janeiro, 04 mai. 2022. Disponível em: <<https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-crianca/principais->

questoes-sobre-saude-mental-de-criancas-sinais-de-alerta-para-aps/>.

Gonçalves, Daniel A.; Ballester, Dinarte; Chazan, Luiz Fernando; Almeida, Naly S.; Fortes, Sandra. Intervenções psicossociais na atenção primária à saúde. In: Duncan, Bruce et al. Medicina Ambulatorial – condutas de atenção primária baseadas em evidências. 5 ed. Porto Alegre: Artmed, 2022.

Goulardins, Juliana B.; Sá, Cristina S. C. de. **Desenvolvimento e saúde mental na infância**. Belo Horizonte: Ed. Ampla, 2022.

Halpern, Ricardo. **Manual de Pediatria do Desenvolvimento e Comportamento**. Disponível em: Manole Bibliotech, Editora Manole, 2015.

Krasny-Pacini A et al. Goal attainment scaling in rehabilitation: a literature-based update. **Annals of Psychical and Rehabilitation Medicine**; 56 (2013), p. 212-230.

Moffatt, Alfredo. Psicoterapia do oprimido: ideologia e técnica da psiquiatria popular. 2 ed. São Paulo: Cortez, 1982.

Portarrieu, Maria Luisa; Tubert-Oklander, Juan. Grupos operativos. In: Osório, Luiz Carlos e colaboradores. Grupoterapia hoje. Porto Alegre: Artes Médicas, 1986.

