

**LUCIANA CUNHA VELASQUES**

**APLICABILIDADE DA TERAPIA COGNITIVO  
COMPORTAMENTAL (TCC) EM GRUPO DE  
TRANSTORNOS DE HUMOR: TRANSTORNO  
BIPOLAR (I E II) E TRANSTORNO DEPRESSIVO  
MAIOR NO CAPS I**

**UNIVERSIDADE CATÓLICA DOM BOSCO (UCDB) PROGRAMA DE  
PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU* EM PSICOLOGIA  
MESTRADO EM PSICOLOGIA  
CAMPO GRANDE /MS**

**2025**

**LUCIANA CUNHA VELASQUES**

**APLICABILIDADE DA TERAPIA COGNITIVO  
COMPORTAMENTAL (TCC) EM GRUPO DE  
TRANSTORNOS DE HUMOR: TRANSTORNO  
BIPOLAR (I E II) E TRANSTORNO DEPRESSIVO  
MAIOR NO CAPS I**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação – Mestrado em Psicologia da Saúde da Universidade Católica Dom Bosco, como exigência para obtenção do título de Mestre em Psicologia, área de concentração: Psicologia da Saúde, sob a orientação da Professora Doutora Heloísa Bruna Grubits.

**UNIVERSIDADE CATÓLICA DOM BOSCO (UCDB) PROGRAMA DE  
PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU* EM PSICOLOGIA  
MESTRADO EM PSICOLOGIA  
CAMPO GRANDE /MS**

**2025**

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Bibliotecária Mourãmise de Moura Viana - CRB-1 3360

V434a Velasques, Luciana Cunha  
Aplicabilidade da terapia cognitivo comportamental  
(tcc) em grupos de transtornos de humor: transtorno  
bipolar (I eII) e transtorno depressivo maior no CAPS  
I/ Luciana Cunha Velasques sob orientação da Profa.  
Dra. Heloísa Bruna Grubits.-- Campo Grande, MS : 2025.  
153 p.: il.

Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Universidade  
Católica Dom Bosco, Campo Grande - MS, 2025  
Bibliografia: p. 118-124


1. Terapia cognitivo-comportamental. 2. Transtorno  
bipolar. 3. Transtorno depressivo maior. 4. Habilidades  
sociais I.Grubits, Heloisa Bruna. II. Título.

CDD: 616.85

A dissertação apresentada por **LUCIANA CUNHA VELASQUES**, intitulada “**APLICABILIDADE DA TERAPIA COGNITIVO COMPORTAMENTAL (TCC) EM GRUPO DE TRANSTORNOS DE HUMOR: TRANSTORNO BIPOLAR (I E II) E TRANSTORNOS DEPRESSIVO MAIOR EM UM CAPS I.**”, como exigência parcial para obtenção do título de Mestre em PSICOLOGIA à Banca Examinadora da Universidade Católica Dom Bosco (UCDB), foi APROVADA.

**Márcio Luís Costa**, como presidente da banca assinei a folha de aprovação com o consentimento de todos os membros, ainda na presença destes.

#### **BANCA EXAMINADORA**

Documento assinado digitalmente  
 **MARCIO LUIS COSTA**  
Data: 31/05/2025 10:14:51-0300  
Verifique em <https://validar.it.gov.br>

**Prof. Dr. Márcio Luís Costa**  
Prof.<sup>a</sup> Dra. Anita Guazelli Bernardes  
Prof.<sup>a</sup> Dra. Fabiana Regina da Silva Grossi

Campo Grande - MS, 30 de maio de 2025.

## **DEDICATÓRIA**

À todos profissionais que buscam promover saúde mental de maneira acessível, criativa, e que baseiam seu trabalho na ciência.

Às pessoas com transtornos mentais, que possam ser cuidadas com dignidade e humanidade, em especial às participantes da pesquisa, que tornaram possível esse estudo.

À minha família, meus amigos e meus colegas de trabalho.

## AGRADECIMENTOS

Eis que finalizo esse processo tão enriquecedor, apaixonante e desafiador que foi o mestrado.

Agradeço a todas as pessoas que viveram essa jornada comigo:

À minha irmã Walquíria Cunha Velasques, incentivadora incansável da minha trajetória profissional, a pessoa que nunca duvidou da minha capacidade, que sempre me apoiou nas decisões mais difíceis da minha vida, que foi como uma mãe para mim e me acolheu inúmeras vezes, especialmente nos momentos em que duvidei de mim mesma. Ela esteve sempre presente e disponível para atender às minhas necessidades.

Às minhas amigas Isângela Lins, Letícia Rosa, Priscila Helena e Vanessa Wagna, que compreenderam minha ausência em momentos importantes de suas vidas, que incentivam minha caminhada como psicóloga e pesquisadora e que, há mais de 20 anos, contribuem ativamente para que eu me torne uma pessoa melhor.

À minha mãe, que, à sua maneira, esteve presente e colaborou para que eu conseguisse conciliar aulas, trabalho e mestrado.

Às minhas colegas de equipe do CAPS – Adenice, Andréia, e Patrícia, que auxiliaram nos encontros, direcionando as participantes para a sala de reunião, atenderam telefonemas, deram recados, e contribuindo para a realização desta pesquisa.

Às minhas amigas psicólogas, Juliana Morinigo e Alessandra Fonseca, que estiveram ao meu lado em todos os momentos e foram uma rede de apoio emocional fundamental para que eu me mantivesse persistente no mestrado, cuidando da minha saúde mental.

À minha psicóloga Flávia Malta, e à minha psiquiatra Bruna Jorge Torres, pessoas essenciais no cuidado com minha saúde mental.

Aos pacientes do consultório, que flexibilizaram seus atendimentos para que eu pudesse comparecer às aulas e às atividades do programa.

Às participantes da pesquisa, que confiaram suas histórias, fragilidades e vulnerabilidades, permitindo a execução deste estudo como uma contribuição à ciência e à construção de novas possibilidades de cuidado.

À minha orientadora, Dra. Heloísa Bruna Grubits, que, além de compartilhar todo o seu conhecimento acadêmico, me acolheu em situações decisivas ao longo de toda a pesquisa.

E por fim, porém, não menos importante, à Deus que me sustentou na fé , e permitiu que toda essa rede de apoio estivesse ativa em meu suporte necessário nesse processo. Que continue sendo esse sustento e permita que eu continue “passarinhando” por vários caminhos.

*“Todos esses que aí estão  
Atravancando meu caminho,  
Eles passarão...  
Eu Passarinho.”*

Mário Quintana.

## RESUMO

Este estudo tem como objetivo investigar a aplicabilidade da Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) em um grupo de Transtornos de Humor de mulheres diagnosticadas com Transtorno Bipolar (tipos I e II) e Transtorno Depressivo Maior no contexto de um CAPS I. Esta possibilidade pode trazer uma solução para o atendimento nos mais diversos níveis de cuidado em saúde coletiva. O trabalho busca avaliar a viabilidade da aplicação da TCC em um grupo heterogêneo, a sugestão de um protocolo de atendimento para esse contexto e a eficácia da abordagem terapêutica. A pesquisa foi conduzida por meio de intervenções grupais que envolveram psicoeducação e treino de habilidades sociais. A eficácia foi medida utilizando os testes EBADEP-A (Escala Batista de Depressão), IHS 2 (Inventário de Habilidades Sociais 2) antes de após a intervenção, além de contar com o auxílio da entrevista semiestruturada. Os resultados indicaram melhora em alguns dos sintomas avaliados por meio do teste, além do aumento do autoconhecimento das participantes. A troca de experiências no ambiente grupal mostrou um fator relevante, pois possibilitou a construção de estratégias cognitivas funcionais e favoreceu a reflexão sobre a própria condição. Concluiu-se que a aplicação da TCC em um grupo de Transtornos de Humor no CAPS I pode ser uma abordagem eficaz, contribuindo para a mobilização das participantes em relação ao tratamento e ao enfrentamento dos sintomas.

Palavras-chave: Terapia Cognitivo-Comportamental; Transtorno Bipolar; Transtorno Depressivo Maior; Habilidades Sociais.

## **ABSTRACT**

This study aims to investigate the applicability of Cognitive-Behavioral Therapy (CBT) in a mood disorders group of women diagnosed with Bipolar Disorder (types I and II) and Major Depressive Disorder in the context of a CAPS I. The work seeks to evaluate the feasibility of applying CBT in groups, the suggestion of a care protocol for this context and the effectiveness of the therapeutic approach. The research was conducted through group interventions that involved psychoeducation and social skills training, in addition to evaluating the reduction of symptoms. Effectiveness was measured using the EBADEP-A (Batista Depression Scale), IHS 2 (Social Skills Inventory 2) interviews conducted before and after the intervention, and semi-structured . The results indicated in some of the symptoms assessed through the test, as well as an increase in self-knowledge among participants. The exchange of experiences in the group environment proved to be a relevant factor, as it enabled the construction of functional cognitive strategies and favored reflection on the condition itself. It is concluded that the application of CBT in mood disorders groups in CAPS I may be an effective approach, contributing to the mobilization of participants regarding treatment and coping with symptoms.

**Keywords:** Cognitive-Behavioral Therapy; Bipolar Disorder; Major Depressive Disorder; Social Skills.

## **LISTA DE FIGURAS**

Figura 1 - Representação da Hipótese de Neuroprogressão do Transtorno Bipolar.....	34
Figura 2 - Descrição dos fatores do IHS-2.....	62
Figura 3 - Classificação dos percentis do IHS-2.....	63

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Comparativo das aplicações IHS-2 da participante A.....	76
Tabela 2 - Pontuação item por item da 1ª aplicação da EBADEP-A para a Participante A.....	77
Tabela 3 - Pontuação item por item da 2ª aplicação da EBADEP-A para a Participante A.....	78
Tabela 4 - Comparativo das aplicações IHS-2 da participante C.....	82
Tabela 5 - Pontuação item por item da 1ª aplicação da EBADEP-A para a Participante C.....	83
Tabela 6 - Pontuação item por item da 2ª aplicação da EBADEP-A para a Participante C.....	84
Tabela 7 - Comparativo das aplicações IHS-2 da participante D.....	89
Tabela 8 - Pontuação item por item da 1ª aplicação da EBADEP-A para a Participante D.....	90
Tabela 9 - Comparativo das aplicações IHS-2 da participante E.....	93
Tabela 10 - Pontuação item por item da 1ª aplicação da EBADEP-A para a Participante E.....	93
Tabela 11 - Pontuação item por item da 2ª aplicação da EBADEP-A para a Participante E.....	94
Tabela 12 - Comparativo das aplicações IHS-2 da participante F.....	96
Tabela 13 - Pontuação item por item da 1ª aplicação da EBADEP-A para a Participante F.....	97
Tabela 14 - Pontuação item por item da 2ª aplicação da EBADEP-A para a Participante F.....	98

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Classes em Habilidades Sociais.....	44
Quadro 2 - Roteiro da Entrevista Semiestruturada.....	59
Quadro 3 - Classificação sintomatológica do EBADEP-A.....	60
Quadro 4 - Categorias de sintomas detalhados do EBADEP-A.....	60
Quadro 5 – Distribuição de itens do EBADEP-A por categoria.....	61
Quadro 6 - Modelo do relatório de sessão.....	64
Quadro 7 - Planejamento dos encontros do grupo.....	66
Quadro 8 - Lista de presença das participantes nos encontros.....	74
Quadro 9 - Classificações finais da 1ª avaliação da EBADEP-A para a Participante A.....	77
Quadro 10 - Classificações finais da 2ª avaliação da EBADEP-A para a Participante A.....	78
Quadro 11 - Classificações finais da 1ª avaliação da EBADEP-A para a Participante C.....	83
Quadro 12 - Classificações finais da 2ª avaliação da EBADEP-A para a Participante C.....	83
Quadro 13 - Classificações finais da 1ª avaliação da EBADEP-A para a Participante D.....	90
Quadro 14 - Classificações finais da 1ª avaliação da EBADEP-A para a Participante E.....	93
Quadro 15 - Classificações finais da 2ª avaliação da EBADEP-A para a Participante E.....	94
Quadro 16 - Classificações finais da 1ª avaliação da EBADEP-A para a Participante F.....	97
Quadro 17 - Classificações finais da 2ª avaliação da EBADEP-A para a Participante F.....	98

## LISTA DE SIGLAS

ABTB	Associação Brasileira de Transtorno Bipolar
ATC	Antidepressivos Tricíclicos
BAP	British Association for Psychopharmacology
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CID 10	Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde - 10ª edição
CNVP	Componentes Não-Verbais Paralinguísticos
DSM III	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais III
DSM V-TR	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais v: Texto Revisado
EBADEP-A	Escala Batista de Depressão - Versão Adulto
IHS 2	Inventário de Habilidades Sociais 2
IMAOs	Inibidores da Monoamina Oxidase
INSS	Instituto Nacional do Seguro Social
IP-UFRJ	Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro
ISRSNs	Inibidores Seletivos de Recaptação de Serotonina
MS	Mato Grosso do Sul
MTSM	Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental
OMS	Organização Mundial de Saúde
PTS	Projeto Terapêutico Singular
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
TB	Transtorno Bipolar
TB I	Transtorno Bipolar tipo I
TB II	Transtorno Bipolar tipo II
TCC	Terapia Cognitiva Comportamental
TCCG	Terapia Cognitiva Comportamental em Grupos
TDM	Transtorno Depressivo Maior
TEPT	Transtorno de Estresse Pós-Traumático
TOC	Transtorno Obsessivo Compulsivo
UCDB	Universidade Católica Dom Bosco

## **LISTA DE ANEXOS**

Anexo 1 - Parecer Consubstânciado do Comitê de Ética e Pesquisa .....	150
---	-----

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>18</b>
<b>1. REFERENCIAL TEÓRICO .....</b>	<b>25</b>
<i>1.1 TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL .....</i>	<i>26</i>
<i>1.2 TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL EM GRUPOS .....</i>	<i>28</i>
<i>1.3 CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL.....</i>	<i>31</i>
<i>1.4 TRANSTORNO DEPRESSIVO MAIOR.....</i>	<i>34</i>
<i>1.5 TRANSTORNO BIPOLAR.....</i>	<i>38</i>
<i>1.6 PSICOEDUCAÇÃO .....</i>	<i>42</i>
<i>1.7 HABILIDADES SOCIAIS .....</i>	<i>46</i>
<b>2. HIPÓTESES .....</b>	<b>53</b>
<b>3. OBJETIVOS .....</b>	<b>55</b>
<i>3.1 OBJETIVO GERAL .....</i>	<i>56</i>
<i>3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....</i>	<i>56</i>
<b>4. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS .....</b>	<b>57</b>
<i>4.1 LOCAL DA PESQUISA .....</i>	<i>59</i>
<i>4.2 PARTICIPANTES.....</i>	<i>59</i>
<i>4.3 RECURSOS HUMANOS .....</i>	<i>61</i>
<i>4.4 INSTRUMENTOS DE PESQUISA.....</i>	<i>61</i>
<i>4.5 PROCEDIMENTOS.....</i>	<i>68</i>

<i>4.6 ANÁLISE DE DADOS</i> .....	73
<i>4.7 ASPECTOS ÉTICOS</i> .....	74
<b>5. RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....	<b>76</b>
<i>5.1 ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA E COMPARATIVO DOS RESULTADOS OBTIDOS PRÉ E PÓS INTERVENÇÃO INDIVIDUALMENTE</i> .....	77
<i>5.2 ANÁLISE DA INTERAÇÃO DO GRUPO</i> .....	103
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	<b>115</b>
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>117</b>
<b>APÊNDICES</b> .....	<b>125</b>
<b>ANEXOS</b> .....	<b>149</b>

## **INTRODUÇÃO**

Ao longo da história da Psiquiatria, diversas classificações relacionadas às desordens do humor e do afeto foram reordenadas de acordo com as novas compressões das origens, sinais e sintomas que os transtornos mentais possuem, a partir de novas caracterizações diante de uma lógica sistemática, assim, ocorreu uma verdadeira revolução que permitiu aos profissionais e as pessoas com distúrbios terem novos esclarecimentos sobre as questões clínicas, cognitivas e comportamentais das patologias e, dentre as diversas categorizações possíveis, os chamados Transtornos de Humor/Afetivos se destacam para os caminhos que serão trilhados ao longo deste trabalho.

Foi apenas a partir da publicação da terceira edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM III) (Associação Americana de Psiquiatria, 1980) que a divisão nosológica dos transtornos mentais foi apresentada, o que promoveu a cisão entre a Doença Maníaco-Depressiva em Transtorno Bipolar e Transtorno Depressivo Maior, sendo a classificação utilizada até a última edição publicada, o DSM-5-TR (2023). No Manual mais recente, o Transtorno Bipolar e os Transtornos Relacionados foram reunidos em um mesmo capítulo, no qual inclui: a) Transtorno Bipolar tipo I; b) Transtorno Bipolar tipo II; c) Transtorno Ciclotímico; d) Transtorno Bipolar e Transtorno Relacionado induzido por substância/medicamento; e) Transtorno Bipolar e Transtorno Relacionado devido a outra condição médica; f) Transtorno Bipolar e Transtorno Relacionado; g) Transtorno Bipolar e outro Transtorno Relacionado não especificado.

No que diz respeito aos Transtornos Depressivos, localizam-se no capítulo seguinte, que inclui: a) Transtorno Disruptivo de Desregulação do Humor; b) Transtorno Depressivo Maior (TDM); c) Transtorno Depressivo Persistente; d) Transtorno Depressivo devido a outra condição médica; e) Transtorno Depressivo Especificado; f) Transtorno Depressivo não especificado. Sendo assim, o Transtorno Bipolar tipo I (TB I) pode ser caracterizado pela presença de um episódio maníaco, que pode ser antecedido ou seguido de episódios hipomaníacos ou depressivos maiores e mudanças de humor recorrentes (há presença de períodos distintos de humor anormal e persistentemente elevado, expansível ou irritável, aumento da atividade e/ou da energia com duração de pelo menos uma semana). Já o Transtorno Bipolar tipo II (TB II) inclui a presença de pelo menos um episódio hipomaníaco e um episódio depressivo (Associação Americana de Psiquiatria, 2023).

No que tange ao Transtorno Bipolar, a compreensão dos dados epidemiológicos são de extrema importância. Em levantamento realizado em 2019, a Organização Mundial de Saúde (OMS) apontou que cerca de 1% a 5% da população mundial possuem tal transtorno, totalizando cerca de 140 milhões de pessoas. No Brasil, segundo dados da

Associação Brasileira de Transtorno Bipolar (ABTB), estima-se que cerca de 8% da população convive com o Transtorno em seus subtipos I e II (Associação Americana de Psiquiatria, 2023).

Aproximadamente 300 milhões de pessoas em todo o mundo são diagnosticadas com Transtorno Depressivo Maior, cuja prevalência é duas vezes maior para indivíduos do sexo feminino. O Transtorno pode ser definido pela presença de ao menos um episódio depressivo maior, com ausência de histórico de mania ou hipomania, perda de interesse, ou prazer em quase todas atividades, pela maior parte do dia ou todos os dias, a faixa etária de maior incidência está entre os 18 e 29 anos, sendo até três vezes maior que indivíduos acima de 60 anos (Sanar, 2023).

Ao analisar as consequências que a falta de acompanhamento profissional adequado pode resultar para a qualidade de vida não apenas das pessoas com transtornos, como também para terceiros, Barlow (2023) chama a atenção para o fato de que as crises podem gerar níveis importantes de disfuncionalidade e comprometimento na vida destes indivíduos. Segundo o autor, quem convive com o Transtorno Bipolar tipo I pode apresentar episódios de mania, o que resulta no ímpeto de envolver-se em várias atividades novas ao mesmo tempo, em um nível muito acima de interesse do que o comum para o seu funcionamento, além de poderem apresentar uma autoestima aumentada, muito caracterizada pela falta de crítica e impulsividade diante de determinadas situações.

Podem ocorrer delírios relacionados à grandiosidade, o que pode gerar consequências financeiras, como gastos excessivos, além da euforia, falta de sono e oscilações de humor, que vão de um estado de raiva para deprimido em questão de pouco tempo. Em alguns casos, gera a necessidade de uma intervenção mais incisiva, por meio da internação, por conta dos riscos que tais sintomas podem representar para a integridade da pessoa em desregulação (Barlow, 2023).

Nos episódios hipomaniacos (TB II), embora os indivíduos não apresentem delírios, podem registrar prejuízos na funcionalidade, como a distraibilidade recorrente, a euforia, mesmo que em menor intensidade, o aumento de energia na maior parte do dia, compulsões relacionadas aos gastos e sexo, além do aumento do interesse por atividades dirigidas a objetivos maiores, como a tendência de alguns em dar início a vários projetos ao mesmo tempo, sem condições para concluí-los. Outro aspecto comum, tanto nos episódios maníacos, quanto nos hipomaniacos diz respeito à dificuldade de percepção sobre as crises, sendo o principal motivo para que o indivíduo tenha muita resistência quanto ao tratamento (Associação Americana de Psiquiatria, 2023).

No que diz respeito ao Transtorno Depressivo Maior, o indivíduo pode demonstrar sintomas como a perda de interesse por atividades antes consideradas prazerosas, além da negligência com os hábitos de autocuidado, dos mais básicos aos mais complexos, também ocorre a diminuição de energia, aumento do cansaço e da fadiga e alterações no apetite e no sono diante de um processo de desregulação do humor (Associação Americana de Psiquiatria, 2023).

Ao analisar os impactos na vida de quem convive com o Transtorno Bipolar tipo I ou II ou com o Transtorno Depressivo Maior, mas que não possui acesso ao tratamento adequado, que é, em sua base, guiado pelo acompanhamento psicológico e farmacológico, é possível perceber que as consequências variam bastante, podendo levar o indivíduo a vivenciar prejuízos sociais, familiares, financeiros, incapacidade profissional e, em formas mais graves, até ações prejudiciais que podem representar alto risco de morte. Pensando nisso, é possível citar as pesquisas de Knapp (2004), que apontam como os cuidados direcionados para transtornos e desempenhados por profissionais das mais diferentes áreas da saúde foram até pouco tempo atrás embasados na relação de autoridade e poder com o portador dos distúrbios, com uma lógica de intervenção ligada com as teorias fisiopatológicas dominantes.

De acordo com Dalgarrondo (2019), há um consenso quanto à existência de um comprometimento no controle cognitivo-emocional em pessoas com Transtorno Bipolar, o que implica em déficits em estruturas como o córtex do cíngulo anterior dorsal, córtices pré-frontais, dorsolaterais e dorsomediais, assim como um nível de desregulação nas áreas límbicas e paralímbicas. A mesma situação pode ser vista em pessoas com Transtorno Depressivo Maior, porém, neste é comum que ocorra a redução do volume do hipocampo, alteração em circuito pré frontal-límbicos, modulados por serotonina, e circuitos striatum – frontais, modulados por dopamina, aumento de atividade em sistemas neurais de base para processamento de emoções, e redução em sistemas neurais de apoio à regulação de emoções. Diante deste cenário, é comum que o tratamento vá além da psicoterapia necessite da farmacoterapia, tal como a administração de estabilizadores de humor e antipsicóticos, no caso do TB, e com antidepressivos para o TDM, pois permite um descoladamento do indivíduo das crises depressivas e possibilidade e maior condição para retomar as suas atividades. Em contrapartida, os efeitos colaterais de determinadas medicações podem contribuir para a não-adesão ao tratamento medicamentoso para ambos os transtornos, o que pode gerar prejuízos no processo de acompanhamento em geral.

Nas últimas décadas, com os movimentos de superação da lógica biomédica do

cuidado em saúde mental, profissionais da Psicologia não mediram esforços para encontrar caminhos menos patologizantes, com o objetivo de priorizar o bem-estar das pessoas com transtornos mentais em todos os sentidos e, neste contexto a eficácia da Terapia Cognitiva Comportamental (TCC) é apresentada.

Estudos sugerem que a TCC apresenta um histórico satisfatório quanto ao aumento da adesão às medicações, gerenciamento de sintomas e melhoria do funcionamento psicossocial para o Transtorno Bipolar (Basco; Rush, 2009, p. 31), assim como para o Transtorno Depressivo Maior, no qual um protocolo sugerido por Aaron Beck, em sua obra *Terapia Cognitiva da Depressão* (1997), foi formulado a fim de abranger a avaliação do funcionamento cognitivo a partir da identificação de crenças disfuncionais para e posteriormente sua ressignificação, o que permite ao paciente uma maior regulação emocional, compromisso com o tratamento e a melhoria em suas operações cognitivas.

A proposta inicial da Terapia Cognitivo-Comportamental foi criada para um contexto de aplicação maneira individual, porém, em 1997, Beck, Hollon e Shawn relataram sobre as possibilidades de execução das técnicas de TCC em um grupo de pacientes depressivos, com o intuito de proporcionar para um maior número de pessoas o acesso ao tratamento. Da mesma forma que as primeiras intervenções individuais, os primeiros registros da TCC em Grupos (TCCG) seguiram sendo aplicados no Transtorno Depressivo e, posteriormente, foram expandidos para outros transtornos mentais e, por conta dos resultados positivos em relação à redução da sintomatologia dos pacientes deprimidos, tal modalidade de atendimento foi se mostrando com maior eficácia, se comparada ao que era proposto por outras abordagens.

Como o foco do presente trabalho é o serviço público dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), é necessário direcionar alguns dados sobre a sua história e funcionamento. Os CAPS foram criados no Brasil em 1986 e se consolidaram em todo o país, a partir das tensões geradas pela Reforma Psiquiátrica, como um instrumento na luta contra o modelo assistencial e manicomial vigente. Trata-se de um serviço aberto à comunidade, direcionado ao atendimento de indivíduos com transtornos mentais severos e persistentes, incluindo pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras substâncias.

Os Centros são divididos a partir das suas especificidades, sendo o CAPS I voltado ao atendimento de pessoas de todas as faixas etárias, que apresentam intenso sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais graves e persistentes, incluindo o uso de substâncias psicoativas, indicado para municípios ou regiões de saúde com população

acima de 20 mil habitantes e abaixo de 70 mil habitantes. De acordo com a Portaria Nº 336, de 19 de fevereiro de 2002 (BRASIL, 2002), que dispõe sobre o Art. 4º:

4.1 – “A assistência prestada ao paciente no CAPS I inclui as seguintes atividades: atendimento individual (tratamento medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros); atendimento em grupo (psicoterapia, grupo operativo, atividade de suporte social, entre outros.); atendimento em oficina terapêutica realizada por profissional de nível médio ou superior; visitas e atendimentos domiciliares, atendimento à família, e atividades comunitárias com enfoque na integração do paciente na comunidade e inserção familiar e social.”

O atendimento em grupo faz parte das ações coletivas possíveis para os CAPS, sendo um recurso capaz de promover a sociabilidade, intermediar relações, manejar dificuldades relacionais, além de possibilitar uma experiência de construção compartilhada, vivências de pertencimento, troca de afetos, fortalecimento da autoestima, da autonomia e do exercício de cidadania, além de favorecer o atendimento a um maior número de pacientes, o que permite a resolução de problemas da comunidade, tais como a grande fila de espera para atendimentos individuais.

De acordo com Guanaes e Japur (2001), a prática da psicoterapia em grupo é uma realidade brasileira e, conforme as mudanças no cenário de saúde mental, é fortalecida de maneira crescente como uma estratégia terapêutica principal em ambulatórios, centros de saúde e contextos institucionais. Entretanto, não se observa uma expansão de pesquisas na área que possam embasar tal prática em grupos de pessoas com transtornos de humor, utilizando como base teórica a Terapia Cognitivo-Comportamental em Grupos, ou seja, pessoas com diferentes transtornos convivendo no mesmo grupo. Apesar disso, Sousa, Pinto e Jorge (2010) reforçam que o potencial terapêutico dos grupos deve ser considerado e valorizado como uma intervenção que possibilite trocas, potencialize as interações, funcionando como um espaço de subjetividade que proporcione a reprodução dos papéis que os seus membros assumem nas suas relações cotidianas.

Na busca de referencial teórico e sistematizado nas bases de dados Scielo e Lilacs, que abordassem o atendimento em grupo de pacientes com Transtornos de Humor em CAPS I, tendo como embasamento teórico a Terapia Cognitivo-Comportamental, não foram encontrados artigos específicos sobre tal atuação, embora haja bibliografia e artigos acerca de trabalho em grupo com pacientes depressivos e bipolares de forma homogênea. Tendo em vista que os transtornos selecionados para direcionar esta pesquisa possuem algumas características de humor em comum, conforme citado anteriormente, a proposta de

uma intervenção em grupo com mulheres com transtornos de humor surgiu da experiência da pesquisadora em sua atuação como psicóloga atendendo de forma individual e em grupo no CAPS I e em consultório particular, ao observar a necessidade de ampliação das possibilidades de atendimento em modalidades mais diversas e abrangentes.

Apesar de tais ações não serem novidade em outras abordagens psicoterápicas, Zago e Padilha (2016) sugerem a compreensão de grupanálise em um CAPS baseada nos conceitos desenvolvidos pelo psicanalista René Kaes, que objetiva a construção de um envoltório grupal de pessoas com transtornos mentais severos e diversos, de maneira que permita a observação de que o grupo se estruture enquanto unidade, mesmo com diagnósticos diferentes, servindo como organizador psíquico em determinados momentos.

De acordo com a experiência clínica da pesquisadora, verificou-se que grupos de transtornos de humor, direcionados pela abordagem teórica e prática da TCC, podem contribuir para a criação de suporte aos indivíduos, favorecimento da psicoeducação, manejo da desregulação emocional, aumento da adesão medicamentosa, treino de habilidades sociais, além da aprendizagem significativa e da troca de informações entre as participantes do grupo. Desta forma, a pesquisa teve como objetivo verificar a possibilidade de aplicar a TCC em um grupo heterogêneo de mulheres com Transtorno Bipolar (I e II) e Transtorno Depressivo Maior em um CAPS I.

Nos capítulos seguintes serão explanados o referencial teórico que abrangem o tema da pesquisa, bem como as hipóteses, objetivos, procedimentos metodológicos utilizados, análise dos resultados e discussão.

## **1. REFERENCIAL TEÓRICO**

## 1.1 Terapia Cognitivo Comportamental

Inspirada nos estudos de Burrhus Frederic Skinner em 1940, sobre a função das contingências ambientais pelo viés da Análise do Comportamento, começou a ser desenvolvida a chamada Terapia Comportamental, também conhecida como Terapia Analítico Comportamental (Baum, 2006). A Psicologia Cognitiva dedicou-se ao estudo da percepção das pessoas sobre a aprendizagem, lembranças e informações (Sternberg, 1996/2010).

A Terapia Cognitivo Comportamental desenvolveu-se em um movimento de três ondas ao longo dos anos, sendo uma forma de delimitação das principais fases da sua organização teórica e prática. Na primeira onda, o viés da abordagem foi embasado por uma noção comportamentalista, envolvendo um modelo clássico pavloviano em que as técnicas de intervenção eram dominadas pela exposição (Eysenck, 1994). Com o decorrer do tempo, e em meio a críticas vindas de outras linhas da Psicologia, tal como a Psicologia da Gestalt ao Behaviorismo, no qual defendia a necessidade de direcionar a compreensão do ser humano por “inteiro” e não fragmentado, bem como pelas críticas vindas de outras áreas de conhecimento, como a Linguística e a Antropologia, na defesa da existência de uma estrutura mental que determinaria a aquisição da linguagem, abriram-se as portas para a chegada da segunda onda, responsável por um distanciamento do Comportamentalismo, mesmo que mantendo de certa forma suas raízes, surge a denominação da linha como Terapia Cognitivo-Comportamental, conforme é conhecida até os dias de hoje (Bezerra, 2007; Neufeld et al., 2011).

No fim da década de 1950, o psiquiatra americano Aaron Beck decidiu investigar os sonhos de pacientes deprimidos, com o intuito de comprovar se o conceito psicanalítico de que a depressão era resultado de uma hostilidade voltada contra si mesmo possuía algum fundamento na realidade. Entretanto, ao analisar os sonhos destes pacientes, Beck percebeu que os temas sobre hostilidades tinham uma presença menor nos conteúdos vivenciados oniricamente, se comparados às questões relacionadas ao fracasso, privação e perda, sendo tópicos presentes enquanto esses indivíduos estavam acordados. Em seu divã, Beck percebeu que os pacientes depressivos seguiam uma linha de pensamentos automáticos “negativos”, ligados diretamente às suas emoções e, a partir de tal percepção, iniciou um processo para ajudar os pacientes a identificar, avaliar, e responder aos pensamentos irrealistas e desadaptativos (Beck, 2013).

Algum tempo depois, na década de 1960, Beck, junto ao residente chefe da

Universidade Estadual da Pensilvânia, A. John Rush, passaram a discutir sobre a possibilidade de uma nova forma de psicoterapia, com uma estruturação bem-definida, de curta duração, voltada para o presente e direcionada para a solução de problemas por meio da modificação de pensamentos e comportamentos disfuncionais (Beck, 2013). Em 1977, promoveram juntos o primeiro ensaio clínico controlado e randomizado com pacientes deprimidos, sendo um marco da abordagem por demonstrar a eficácia da Terapia Cognitiva para pessoas com esse tipo de demanda, sendo uma nova alternativa que fosse além do tratamento medicamentoso (Beck, 2013).

Na década de 1990, se iniciou a terceira e atual onda da TCC, conhecida por dar ênfase às mudanças experienciais e contextuais, representando uma diversidade de modelos de intervenções, regressando à tendência pós moderna e pós estruturalista de visão de sujeito, no qual deixa de ser visto como ser universal, e volta a ser visto como resultado de uma produção social (Hayes, 2004).

Desta forma, a TCC se construiu como uma linha teórica e prática da Psicologia que entende os comportamentos e as emoções como fatores diretamente influenciados pela forma com que as situações são compreendidas pelos indivíduos, ou seja, de como um evento do cotidiano pode ativar pensamentos, os quais podem gerar diversas emoções e, conseqüentemente, comportamentos, de acordo com inúmeras constatações na forma como aquela pessoa enxerga o mundo e a si mesmo. Inclusive, Beck, em 2013, trouxe pontuações importantes sobre o entendimento da TCC, ao afirmar que “quando o indivíduo é capaz de preencher o espaço faltante entre um evento ativador e as conseqüências emocionais e comportamentais, então suas reações se tornam compreensíveis” (Herrera, 2013, p. 88).

Pelo seu potencial adaptativo para atender às diversas demandas presentes nos diferentes transtornos mentais, a TCC se coloca como uma abordagem de extrema eficácia, pois abarca não apenas os aspectos gerais das psicopatologias, como também considera as influências culturais, da faixa etária, escolarização e renda para entender as possibilidades de intervenção para cada indivíduo. Além disso, propõe que o pensamento disfuncional é comum a todos transtornos psicológicos, portanto, a modificação das crenças disfuncionais permite que o indivíduo perceba-se de forma mais realista e adaptativa, proporcionando uma mudança em seu quadro clínico. A abordagem possui 14 princípios básicos que regem as suas práticas, sendo elas: conceitualização cognitiva; aliança terapêutica sólida; monitoramento e progresso do cliente; adaptabilidade do tratamento a cada indivíduo; ênfase do positivo; colaboração e participação ativa do terapeuta e cliente; objetivos e aspirações do cliente; foco no presente; psicoeducação; tempo de tratamento; estruturação das sessões;

descoberta guiada; tarefas de casa; ampla variedade de técnicas que visam mudar o pensamento, humor e comportamento (Beck, 2013).

Assim, a TCC permite que o terapeuta crie, seguindo os seus princípios fundamentais, estratégias de tratamento considerando as variáveis e individualidades de cada cliente, de acordo com suas necessidades, para que obtenha resultados satisfatórios ao aprender como identificar e avaliar os seus pensamentos disfuncionais e, com o tempo, seja capaz de modificá-los e substituí-los por crenças mais realistas e funcionais. Esta lógica é a principal responsável pela melhora dos sintomas e, conseqüentemente, da qualidade de vida das pessoas atendidas (Oliveira; Silva; Szupszynsky, 2011).

Por todas essas características, a TCC ganhou ampla validação no meio científico como a mais bem-sucedida no tratamento de diversos tipos de transtornos mentais, o que é mostrado pelo levantamento da produção científica realizado por Knapp e Beck (2008), em que os autores apontam como a abordagem é amplamente reconhecida pelos seus resultados em diversas pesquisas oriundas de metanálises e com rigorosos critérios de execução. Sendo assim, a TCC se coloca como uma das mais completas linhas teórico-práticas da Psicologia, seja pelo fator de compreensão do processo de adoecimento, seja pela infinidade de possibilidades interventivas, de acordo com as especificidades de cada indivíduo, o que demonstra a sua importância para o cenário científico e para o cuidado em saúde mental nos mais diversos contextos, inclusive na prática grupal, conforme será discutido na próxima seção.

## 1.2 Terapia Cognitivo Comportamental em Grupos

Ao longo da sua evolução, a humanidade passou a se agrupar para fins de sobrevivência, trocas de experiências, afetos e pelo reconhecimento de si e do mundo ao redor, portanto, não seria estranho pensar em práticas de cuidado em saúde mental a partir das modalidades grupais. Apesar da TCC ser usualmente descrita e praticada de forma individual, foi a partir da década de 1970 que novos estudos surgiram com o intuito de avaliar a eficácia da abordagem neste formato, até que Beck e colaboradores (1997) publicaram um relato acerca da experiência de aplicação destas práticas em grupo no tratamento para a depressão, realizadas em 1979, sob a justificativa de que o formato possibilitaria o acesso simultâneo de um maior número de indivíduos ao serviço executado

por apenas um terapeuta.

Ao longo desse período, com a criação de diversas propostas de atendimento em grupo para abarcar um grande escopo de transtornos mentais e com a comprovação da eficiência de tais técnicas, embasadas pela TCC, os serviços de saúde passaram a considerar esta prática cada vez mais viável, uma vez que permitia a diminuição dos custos do tratamento, por ser considerada uma terapia breve, além de permitir o fluxo maior de clientes ao mesmo tempo (Sousa; Hildebrandt; Neufeld, 2017).

No Brasil, em 1994, Bernad Rangé iniciou seu trabalho como professor do Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro (IP-UFRJ) na disciplina de Estágio Clínico em TCC, tratando Transtornos de Ansiedade (Transtorno Obsessivo Compulsivo – TOC; Transtorno de Estresse Pós-Traumático – TEPT) e do Humor (Transtorno Depressivo Maior; Transtorno Distímico – TD; Transtorno Bipolar) e obteve resultados positivos, que chamaram a atenção de alunos e profissionais da Universidade, o que resultou em um convite para que o estudioso integrasse uma equipe de tratamento de servidores da UFRJ com problemas de alcoolismo. Na mesma equipe, ainda tinham outros profissionais, como psiquiatra, psicóloga, assistente social, além de trabalhadores de outras áreas da saúde. Os encontros foram guiados por alguns protocolos indicados, que sofreram adaptações para se alinhar ao referencial Cognitivo-Comportamental, acrescentando noções como a reestruturação cognitiva, o treinamento de habilidades sociais e a exposição imaginária (Neufeld et al. 2017).

Múltiplos formatos de grupos, com diferentes objetivos e para populações distintas vêm se desenvolvendo desde então, tendo em vista os diversos tipos de demandas que têm surgido devido às mudanças sociais e culturais. Entretanto, é válido ressaltar que ainda existem algumas omissões na literatura acerca da atuação da TCC em grupos, pois a baixa quantidade de protocolos específicos e bem estruturados ainda é alarmante e, diante dos que estão disponíveis, ainda há pouco interesse por parte dos profissionais. Pensando nisso, Bieling et al. (2008) afirmam que, na maioria das vezes, os protocolos tradicionais de atendimento em grupo são meras reproduções dos que regem um atendimento individual, o que se coloca como um problema por desconsiderar os aspectos de interação entre os componentes do grupo e todos os fenômenos típicos deste formato.

Os grupos em TCC são estruturados de acordo com objetivos determinados pelo terapeuta responsável e destacam-se aqueles que têm como foco a prevenção e/ou promoção de saúde, de intervenção terapêutica, como grupos de apoio, de psicoeducação, de treinamento e/ou orientação e terapêuticos) e a elaboração de programas. De acordo com

Corey (2000), para elaborar um programa em grupo com base na TCC, é necessário incluir seis aspectos essenciais, como:

1) Pré-grupo: o tipo de grupo a ser realizado, o número de sessões, os objetivos e as estratégias de seleção dos participantes;

2) Estágio inicial: o primeiro contato com os participantes, a psicoeducação, sondagem sobre expectativas e metas, além de foco na coesão grupal (Bieling et. al, 2008);

3) Transição: os participantes passam a perceber alguns benefícios ao se atentar para os próprios sintomas, tanto os que ainda persistem, bem como os que possam vir a piorar, além de ser possível que surjam conflitos entre os membros e os profissionais, portanto, preocupações e resistências devem ser acolhidas e discutidas com clareza (Bieling et al. 2008);

4) Trabalho: a intervenção propriamente dita, com as dificuldades sendo compartilhadas e com o encorajamento para o feedback positivo, além do aumento do papel ativo dos membros para a avaliação dos fatores terapêuticos que podem estar contribuindo ou não para o desfecho do grupo, para, enfim, refletir sobre as habilidades que ainda devem ser aprimoradas. Neste momento, as interações devem estar mais aquecidas (Bieling et al., 2008);

5) Final, com a consolidação dos aprendizados, prevenção de recaídas e questões pós-grupo: no último estágio, é realizada a avaliação dos participantes, a definição dos próximos passos e encaminhamentos necessários para os membros, além da avaliação do terapeuta acerca do percurso do grupo, no que diz respeito às suas limitações e aos benefícios da sua execução (Neufeld, 2011).

No Brasil, diversas pesquisas estão sendo desenvolvidas com base na TCC para grupos homogêneos, ou seja, que têm como foco um tipo de demanda ou transtorno específico, formados por pacientes que compartilham o mesmo diagnóstico ou transtorno principal. Essa modalidade permite a aplicação de protocolos específicos para o transtorno em questão, o que tem facilitado a padronização das intervenções, o monitoramento de resultados e o aprofundamento nas técnicas cognitivo-comportamentais mais eficazes para aquele transtorno (Wright et al., 2017).

Por exemplo, no caso da fobia social, grupos homogêneos permitem que os pacientes enfrentem, dentro do próprio grupo, situações de exposição social e feedback interpessoal. Estudos como o de Heimberg et al. (1990) demonstraram que a TCC em grupo é tão eficaz quanto a individual para esse transtorno, promovendo melhora nos sintomas, na funcionalidade e na autoestima. Outros exemplos incluem a aplicação da TCC em grupo para

depressão (Grant; Mills; Mulhern, 2004), transtorno obsessivo-compulsivo (Franklin et al., 2000), transtornos alimentares (Wilson; Grilo; Vitousek, 2007) e transtornos de ansiedade generalizada (Hunt; Andrews, 1992), todos com protocolos específicos e evidências de eficácia comparável ao tratamento individual.

No caso de grupos para Transtornos de Humor, considerados como grupos heterogêneos no âmbito da TCC, compostos por participantes com diferentes diagnósticos, surge diante de uma adaptação da prática da TCC em grupos com necessidades dos serviços, especialmente em países como o Brasil, onde dispositivos como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) utilizam grupos como uma estratégia central de cuidado (Brasil, 2004).

Apesar da heterogeneidade diagnóstica, os grupos compartilham objetivos terapêuticos comuns, como o fortalecimento da autoestima, o manejo do estresse, o desenvolvimento de habilidades de resolução de problemas e a reestruturação de pensamentos automáticos disfuncionais. Além disso, segundo Yalom (2006), os fatores terapêuticos universais – como a coesão grupal, o apoio interpessoal, o altruísmo e a aprendizagem vicária – contribuem significativamente para o sucesso da intervenção, mesmo em grupos diversos.

Estudos nacionais, como os de Lobo et al. (2012), têm demonstrado que grupos heterogêneos de TCC podem produzir resultados terapêuticos expressivos, com reduções significativas nos sintomas de ansiedade e depressão e melhora da funcionalidade social, especialmente entre idosos e adultos em tratamento em serviços comunitários.

Esta possibilidade traz uma solução para o atendimento nos mais diversos níveis de cuidado em saúde coletiva afinal, as intervenções grupais cabem tanto na Atenção Primária, quanto na secundária e terciária, apesar de a maior parte das pesquisas sobre a modalidade ainda não contemplarem o uso da TCC em grupos nas instituições públicas. Desta maneira, se faz necessário pormenorizar sobre o potencial interventivo e prático da abordagem para transtornos heterogêneos e com alta incidência na população brasileira, afinal, com a multiplicidade de técnicas e compreensões das dinâmicas das psicopatologias, a TCC se mostra como uma importante aliada para o tratamento do Transtorno Depressivo Maior e do Transtorno Bipolar, que são os focos da presente pesquisa.

### 1.3 Centro de Atenção Psicossocial - CAPS

A história da Reforma Psiquiátrica e a criação dos Centros de Atenção Psicossocial, foi marcada por um intenso processo de crítica, resistência e reconstrução dos paradigmas

que por séculos fundamentaram a atenção à saúde mental. Em sua origem, a assistência aos chamados “alienados” estava vinculada à lógica da exclusão, caracterizada pela institucionalização em manicômios, espaços que, conforme Foucault (1978), serviam mais ao controle social do que à promoção do cuidado.

No Brasil, a organização da assistência psiquiátrica começou a tomar forma no século XIX, com a fundação do Hospital Pedro II, no Rio de Janeiro, em 1852, o primeiro hospital psiquiátrico do país. Durante boa parte do século XX, esse modelo hospitalocêntrico e asilar prevaleceu, sustentado por práticas autoritárias, medicalizantes e desumanizadoras, centradas na segregação do indivíduo com transtorno mental (Amarantes, 1996; Foucault, 2001; Nicacio, 1994).

Foi apenas a partir da década de 1970 que surgiram movimentos de contestação a esse modelo, em sintonia com o cenário político de redemocratização e com as críticas às violações de direitos humanos nos hospitais psiquiátricos. A Reforma Psiquiátrica italiana, liderada por Franco Basaglia, influenciou diretamente esse processo no Brasil, ao defender o fechamento progressivo dos manicômios e a criação de serviços comunitários de base territorial (Amarantes, 2007).

A reforma Psiquiátrica brasileira representou um movimento político e social que visou transformar o modelo assistencial em saúde mental, rompendo com a lógica manicomial e propondo novas formas de cuidado em liberdade. Segundo Amarante (2007, p. 35), a reforma teve como premissa "a desconstrução do paradigma hospitalocêntrico e a criação de uma rede substitutiva baseada na territorialidade, na interdisciplinaridade e no protagonismo do sujeito em sofrimento psíquico". Esse novo modelo prioriza o cuidado comunitário e a reinserção social, em detrimento da internação prolongada e da exclusão social que caracterizavam os antigos hospitais psiquiátricos.

A partir dos anos 1980, a luta antimanicomial se fortaleceu com a participação de profissionais da saúde, usuários e familiares, culminando na criação do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM). Um marco importante foi a realização da I Conferência Nacional de Saúde Mental, em 1987, que consolidou diretrizes para a construção de um novo modelo de atenção, voltado à promoção da cidadania, da autonomia e do cuidado em liberdade.

O ponto culminante da Reforma Psiquiátrica no Brasil foi a promulgação da Lei nº 10.216/2001, conhecida como Lei Paulo Delgado. Essa legislação estabeleceu os direitos

das pessoas com transtornos mentais e determinou o redirecionamento do modelo assistencial, priorizando o tratamento ambulatorial, o acolhimento em serviços substitutivos e a reintegração social dos usuários (Brasil, 2001).

A referida lei determina que "o tratamento visará, como finalidade permanente, a reintegração social do paciente em seu meio" (Brasil, 2001, art. 2º, § único), reafirmando a importância de práticas terapêuticas que preservem a dignidade e a autonomia dos indivíduos.

Nesse contexto, surgem os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) como dispositivos centrais da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Os CAPS constituem a consolidação do paradigma psicossocial, baseado em estratégias intersetoriais, na escuta qualificada e na singularidade dos sujeitos em sofrimento psíquico.

Conforme o Ministério da Saúde (2004), "os CAPS substituem o modelo hospitalocêntrico e buscam a ampliação do vínculo entre os usuários e as equipes, promovendo o cuidado contínuo e a participação familiar", sendo definidos como serviços de saúde abertos, territorializados e de base comunitária, cujo objetivo é oferecer atendimento interdisciplinar a pessoas com transtornos mentais severos e persistentes.

Os Centros de Atenção Psicossocial - CAPS, contam com serviços realizados por uma equipe multiprofissional, a qual, através da corresponsabilização, atende a população com transtornos mentais, psicóticos e neuróticos graves que necessitem, por um determinado período, de atenção profissional especializada. A equipe é formada por profissionais de nível Médio e Superior, que correspondem, respectivamente, aos:

[...] técnicos e/ou auxiliares de enfermagem, técnicos administrativos, educadores e artesãos [...] equipes de limpeza e de cozinha. [...] enfermeiros, médicos, psicólogos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, pedagogos, professores de educação física ou outros necessários para as atividades oferecidas nos CAPS (Brasil, 2004a).

O cuidado no âmbito dos CAPS ocorre por intermédio do Projeto Terapêutico Singular (PTS), nos quais a construção acontece em conjunto com a equipe técnica, o usuário do serviço, considerando os aspectos da sua rotina, história de vida e acesso aos projetos, que podem ultrapassar limites do espaço do próprio serviço, incluindo outras redes de suporte social e os saberes e recursos do território. De acordo com a Portaria MS/SAS nº 854, de 22 de agosto de 2012 (Brasil, 2002), os PTS podem ser compostos de diferentes formas, pois têm a função de atender às necessidades do usuário e de seus familiares. Dentre as possibilidades, é possível citar o atendimento em grupo como um dos principais focos dos serviços, por visar a promoção de ações coletivas como recurso para promover a

sociabilidade, intermediar e manejar dificuldades nas relações, o que permite aos usuários uma experiência de construção compartilhada, a vivência de pertencimento, troca de afetos, autoestima, autonomia e exercício de cidadania.

Atualmente, os CAPS são classificados em modalidades distintas (CAPS I, II, III, CAPSi e CAPSad), de acordo com o porte populacional e o perfil da demanda. Sua atuação está pautada na promoção da cidadania, na construção de projetos terapêuticos singulares e na articulação com outras políticas públicas, como assistência social, educação e trabalho.

#### 1.4 Transtorno Depressivo Maior

A incidência da Depressão tem aumentado a cada ano em todo o mundo, sendo apresentada como uma das psicopatologias mais incapacitantes e alarmantes da atualidade, e, o Brasil fica em primeiro lugar no ranking de diagnósticos em toda a América Latina, de acordo com os dados epidemiológicos da Organização Mundial de Saúde (OMS) em 2017.

Ao observar mais a fundo as categorizações vigentes para a Depressão, a atual versão do DSM-5-TR (2023) a compreende a partir das seguintes tipificações: Transtorno Disruptivo da Desregulação de Humor; Transtorno Depressivo Maior; Transtorno Depressivo Persistente; Transtorno Disfórico Pré-Menstrual; Transtorno Depressivo Induzido por substância/medicamento; e Transtorno Depressivo Não-Especificado. Dados epidemiológicos do Transtorno Depressivo Maior, a condição clássica e mais comum da doença, nos Estados Unidos apresentam que 7% das população convive com a patologia em maior ou menor grau, sendo que a maior prevalência é em pessoas do sexo feminino e em indivíduos na faixa etária entre os 18 e os 29 anos.

Em geral, pessoas com algum dos Transtornos Depressivos podem conviver com pelo menos um episódio depressivo maior, com a ausência de episódios maníacos ou hipomaníacos, sendo a sua característica principal a presença de alterações no humor (triste), sensação de vazio ou irritabilidade, alterações físicas e cognitivas em um período de pelo menos duas semanas, o que, conseqüentemente, afeta a capacidade de funcionamento do indivíduo, resultando na perda de interesse ou prazer em quase todas as atividades pela maior parte do dia, ou todos os dias. Também é comum apresentar pelo menos quatro sintomas adicionais durante o mesmo período, entre uma lista que inclui mudanças no apetite, no peso, no sono e a atividade psicomotora, diminuição de energia, sentimentos de desvalia ou culpa,

dificuldades para pensar, se concentrar ou tomar decisões, pensamentos recorrentes de morte, com a ampla possibilidade de que haja a presença de ideiação suicida plena, podendo chegar até à tentativa propriamente dita (Associação Americana de Psiquiatria, 2023).

Um episódio depressivo ainda deve ser acompanhado de sofrimento ou prejuízo significativo no funcionamento social, profissional e/ou outras áreas importantes da vida, tais como: prejuízo na funcionalidade diária, dificuldade na realização das tarefas cotidianas básicas, autocuidado prejudicado, dificuldade em exercer funções acadêmicas e no ambiente de trabalho, falta de energia persistente, dificuldade de concentração, o que afeta negativamente a sua capacidade de funcionar normalmente, além do prejuízo nas relações pessoais, levando a pessoa ao isolamento social e à dificuldade de interagir com terceiros, a sensação de estarem desconectados e serem incapazes de expressar emoções positivas e a evitação do contato social, o que pode levar a um distanciamento das amizades, da família e de outros relacionamentos importantes (Associação Americana de Psiquiatria, 2023).

Os impactos da Depressão ainda se mostram com a incidência de outros sintomas físicos como a fadiga, distúrbios do sono e dor crônica, além do aumento do risco de desenvolver determinadas condições médicas, como doenças cardiovasculares, diabetes e doenças autoimunes, há maior risco de suicídio, devido aumento da incidência dos sentimentos de desesperança, desamparo e o peso emocional da depressão, o que afeta diretamente a capacidade de desfrutar a vida e encontrar prazer nas atividades, levando a um impacto negativo na satisfação geral e no bem-estar do indivíduo (Associação Americana de Psiquiatria, 2023).

Diversas pesquisas se propuseram, ao longo dos anos, apontam possíveis causas do surgimento dos Transtornos Depressivos, porém, existe a concordância geral de que se trata de uma patologia multifatorial, ou seja, está relacionada a diversos aspectos, como os genéticos, biológicos, psicológicos e ambientais. No que tange ao histórico familiar, os aspectos genéticos possuem um papel significativo no surgimento do Transtorno Depressivo, pois a presença do distúrbio na família do indivíduo pode aumentar o risco de desenvolvimento da condição ao longo da vida. Para familiares de primeiro grau, como pais e filhos, a probabilidade de incidência pode ser de duas a quatro vezes para a evolução do Transtorno, sendo um risco ainda maior para os casos de Depressão Precoce e Recorrente (Associação Americana de Psiquiatria, 2023). No entanto, apesar dessa predisposição genética, os parentes de indivíduos com depressão não devem encarar esta informação como uma "sentença" de que também terão a doença, afinal, pelo contrário, é importante observar o dado como uma forma de ampliar a consciência para saber reconhecer os possíveis

sintomas e agir preventivamente (Vivan; Braga; Passos, 2024)

Acerca dos fatores neurobiológicos, é importante observar o papel dos neurotransmissores no desenvolvimento dos sintomas, afinal, são substâncias químicas no cérebro que desempenham um papel crucial na regulação do humor e funcionam como mensageiros, responsáveis pela transmissão, estimulação e equilíbrio dos sinais entre os neurônios e outras células do corpo e, em caso de desequilíbrio, os neurotransmissores podem estar envolvidos no surgimento e na persistência dos sintomas da Depressão. Entre os neurotransmissores mais habilitados, destacam-se a serotonina, a noradrenalina e a dopamina, que são o foco de muitos tratamentos medicamentosos. Mudanças nos níveis hormonais também podem influenciar na evolução dos sintomas, desequilíbrios como o aumento dos hormônios do estresse, o cortisol, ou alterações nos hormônios da tireoide (Vivan; Braga; Passos, 2024).

Outro fator importante diz respeito ao abuso de substâncias, como o álcool e outras drogas, pois tem o potencial de aumentar o risco de desenvolvimento dos Transtornos Depressivos, embora o consumo destas substâncias proporcione uma sensação de prazer imediata, ela é momentânea e os efeitos negativos surgem logo depois, podendo ser um motivo para a ativação do processo depressivo ou intensificar um quadro depressivo preexistente, sendo conhecido como o “efeito rebote”, e, se engana quem pensa que apenas substâncias ilícitas são capazes de proporcionar tal efeito, pois o uso de medicamentos sem orientação médica pode afetar diretamente o equilíbrio psíquico (Vivan; Braga; Passos, 2024).

Ao longo da vida, é comum experimentar diversos tipos de situações adversas, porém, para além das emoções comuns ao processo de enfrentamento, é importante abordar o potencial dessas vivências para o surgimento de um quadro depressivo a longo prazo. Isso pode ocorrer por conta do nível de estresse e desgaste emocional que, se experienciados de forma crônica e traumática, podem ser um impulsor para o início dos sintomas, embora não seja uma relação direta e causal para que o indivíduo evolua para um panorama mais grave do transtorno (Vivan; Braga; Passos, 2024).

O isolamento social pode contribuir para a falta de conexões sociais significativas e o sentimento de solidão pode atuar como “gatilho” para o desenvolvimento da Depressão. Lidar com as pressões e desafios diários sem uma rede de apoio para compartilhar dificuldades e receber suporte emocional pode se tornar desgastante ao longo do tempo, além disso, as restrições de atividades sociais reduzem a participação em momentos de lazer, que são essenciais para o bem-estar de qualquer indivíduo, ligado a isso, mas não apenas por esse

motivo, é possível citar a influência do uso excessivo de internet e redes sociais como um outro fator preocupante de desgaste da saúde mental na contemporaneidade. O excesso de exposição às informações, estímulos e concepções sociais do ambiente virtual pode aumentar o risco de depressão, podendo criar um padrão de consumo e dependência das tecnologias (Cunningham et al., 2021).

Um dos principais avanços para o cuidado da Depressão se deu com o surgimento da Terapia Cognitiva, que viria a se tornar a atual TCC, sendo apontada por Beck colaboradores (1997) como responsável por uma grande mudança de paradigma dentro das abordagens psicoterápicas, por permitir a elaboração de hipóteses testáveis e contar com protocolos clínicos robustos e estruturados, além de ter sido foco de uma ampla quantidade de estudos empíricos sobre a sua eficácia, o que tornou as suas práticas mais eficazes para o tratamento de muitos transtornos psíquicos.

O modelo cognitivo da depressão se vale de três conceitos para explicar a natureza da depressão: tríade cognitiva, esquemas e erros cognitivos. A tríade cognitiva refere-se aos padrões cognitivos que conduzem o pensamento do paciente sobre si, sobre o seu futuro e as suas experiências de forma particular. Os esquemas dizem respeito à forma como o paciente vai encarar determinada situação. No caso do paciente depressivo, os pensamentos negativos poderão basear todas as suas experiências de vida no momento da crise, tanto no que está sendo vivenciado, quanto nos significados do que já se passou. Por fim, os erros cognitivos validam as crenças do indivíduo acerca dos conceitos negativistas sobre si, sobre os outros e o mundo. Este modelo permite que a TCC seja capaz de observar quando os padrões negativos da pessoa são ativados a partir dos sinais e sintomas depressivos, os quais podem surgir afetando diretamente a sua funcionalidade (Beck, 2013).

Após uma revisão abrangente e a atualização das diretrizes da *British Association for Psychopharmacology* (BAP), foi estabelecido que a intervenção medicamentosa é também, uma das opções mais indicadas para o tratamento do Transtorno Depressivo Maior de intensidade moderada a grave em adultos. Esta recomendação aplica-se independentemente dos fatores ambientais ou do perfil dos sintomas da depressão. Além disso, o uso de fármacos é eficaz para qualquer nível de gravidade do quadro depressivo, caso os sintomas persistam por dois anos ou mais, com a administração de antidepressivos clássicos, como os inibidores da monoamina oxidase (IMAOs), tricíclicos (ATC), inibidores não seletivos da recaptação de monoaminas (ADTs) e os inibidores seletivos de recaptação de serotonina (ISRSNs). No entanto, estas substâncias não são consideradas como a primeira escolha para casos em que os critérios para um diagnóstico preciso de depressão não são

completamente atendidos, em especial se os sintomas surgiram entre os últimos dois meses. Para esses indivíduos, a primeira linha de tratamento deve ser a psicoterapia, sendo a Terapia Cognitivo-Comportamental, a Ativação Comportamental e a Psicoterapia Interpessoal as abordagens com melhores evidências para o tratamento inicial e para a oferta de um suporte adequado ao longo do tempo (Clare et al., 2015).

A Terapia Cognitivo-Comportamental se apresenta como uma abordagem colaborativa, na qual paciente e terapeuta trabalham juntos, de forma que o terapeuta guie seu paciente à compreensão de suas distorções cognitivas, a fim de que consigam elaborar estratégias de enfrentamento possíveis e aplicáveis à rotina e ao modo de funcionar do indivíduo. Contudo, a TCC não é eficaz apenas para o tratamento dos Transtornos Depressivos, bem como para outro distúrbio muito comum: o Transtorno Bipolar, que será melhor discutido na seção seguinte.

## 1.5 Transtorno Bipolar

O Transtorno Bipolar é uma psicopatologia severa, crônica, recorrente, de curso variável, que envolve aspectos neuroquímicos, cognitivos, psicológicos, funcionais e sócio-afetivos manifestada em episódios oscilantes entre depressão maior e mania. O Transtorno pode ser subdividido conforme os seus critérios diagnósticos em Tipo I e Tipo II, nos quais podem ocorrer mudanças extremas tanto no estado de ânimo, quanto nas cognições e nos comportamentos. Além dos componentes genéticos, os fatores ambientais também contribuem para o desenvolvimento da patologia, como as alterações no ciclo sono-vigília, que podem favorecer a ocorrência de episódios de mania, e situações ambientais estressantes ou traumáticas, que estão relacionadas às recaídas (Basco; Thase, 2003).

Com o intuito de compreender a dinâmica de desenvolvimento do Transtorno Bipolar, os pesquisadores da área têm se apoiado em algumas evidências que propõem um modelo cíclico para a patologia. Essa proposta compreende que as alterações funcionais somadas conferem uma determinada capacidade para lidar com eventos estressantes e de adaptação às adversidades de cada indivíduo, porém, quando as situações estressantes vão além daquilo com que a pessoa consegue lidar, aumenta a disposição para a ocorrência dos Transtornos do Humor. Em consequência dos episódios de alteração do humor, seja depressivo, maníaco ou misto, ocorrem alterações no funcionamento dos neurônios e danos

celulares importantes, em especial pela diminuição das ligações e sinapses entre os neurônios. Os danos celulares acontecem em partes importantes do cérebro, como o córtex pré-frontal, hipocampo e a amígdala e leva a um remodelamento do encéfalo, resultando em uma diminuição da capacidade adaptativa para lidar com as adversidades do ciclo (Kapczinski et al., 2009).

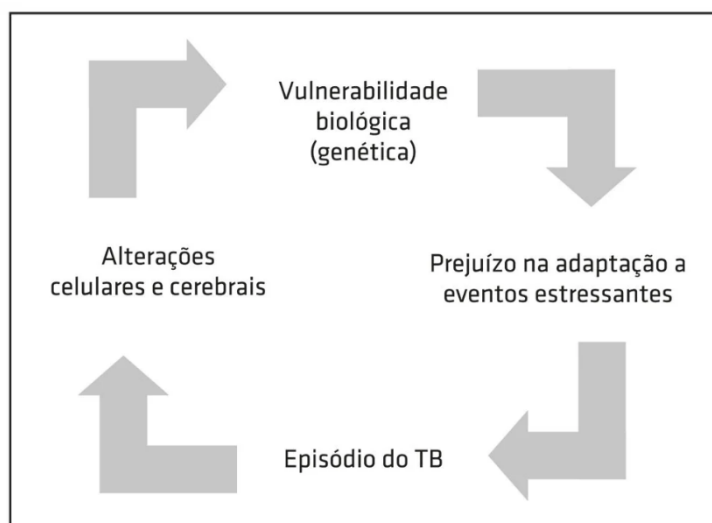


Figura 1 - Representação da Hipótese de Neuroprogressão do Transtorno Bipolar. Fonte: Kapczinski et al., 2009.

A partir de levantamentos realizados pela OMS, dados mostram que o Transtorno Bipolar é a segunda maior causa de incapacidade no mundo e atinge cerca de 40 milhões de pessoas, ficando atrás apenas da Depressão. Sua prevalência durante a vida é estimada em 2,4%, sendo 0,6% para o Tipo I e 0,4% para o Tipo II. No entanto, a própria OMS reconhece que tais números possam estar subestimados, tendo em vista que as pessoas com a patologia costumam buscar atendimento médico com mais frequência na fase depressiva, pela facilidade de definir os sintomas apresentados .

Os sintomas do Transtorno Bipolar comumente têm início por volta dos 20 anos de idade. No entanto, um estudo de coorte observou a ocorrência de dois picos de início dos Transtornos Bipolares, sendo um entre 15 e 24 anos e outro entre 45 e 54 anos, o que sugere uma distribuição bimodal na prevalência dos sintomas (Merikangas et al., 2011. Além disso, há uma dificuldade inerente em definir com precisão a idade em que se iniciam os sinais da patologia, por causa do longo período que os indivíduos passam sem o tratamento adequado e os sintomas ainda não são tão pronunciados ou incapacitantes, resultando em um quadro de subnotificação nos sistemas de saúde, o que prejudica o fornecimento de informações sobre

o curso do distúrbio como medida de início para possíveis estudos científicos (Post et al., 2008).

Considerando o aspecto multifatorial dos Transtornos Bipolares, é importante considerar os diversos componentes da sua epidemiologia, afinal, os múltiplos fatores de risco podem acontecer desde o período pré-natal, passando pelas fases iniciais do desenvolvimento até os eventos estressores que podem ser vivenciados em outras fases da vida. Além disso, fatores como a condição socioeconômica, as características demográficas e a presença de comorbidades também precisam ser levados em consideração nesta equação, afinal, a causa do Transtorno Bipolar é atribuída a uma combinação de fatores, incluindo o histórico familiar, estresse social e físico, sem contar os aspectos da personalidade do indivíduo (Meleiro, et al, 2018).

O consumo de substâncias como maconha, opioides, cocaína, álcool e até mesmo sedativos sem prescrição médica pode ter relação direta com o desenvolvimento do Transtorno Bipolar. O uso de maconha pode aumentar o risco de desencadeamento de um primeiro episódio de crise, bem como pode quadruplicar as chances de que episódios maníacos aconteçam. Quanto ao álcool, ainda se apresenta o maior índice de problemas relacionados ao abuso de substâncias, uma vez que pode se correlacionar com a desestabilização característica do transtorno (Ribeiro et al., 2004)

As comorbidades com outras condições médicas e psíquicas se apresentam como outro grande desafio para o enfrentamento desta psicopatologia. Seja pelas predisposições genéticas ou pelo contexto de exposição às vulnerabilidades ambientais, bem como por consequências do tratamento. Tais comorbidades podem apresentar um viés clínico próprio ou uma relação causal direta com o transtorno. Dentre as mais comuns ligadas à Bipolaridade, os Transtornos de Ansiedade podem ser apontados como os mais prevalentes, com cerca de 80% dos indivíduos apresentando histórico correspondente aos critérios para o seu diagnóstico, conforme o DSM-5-TR (Associação Americana de Psiquiatria, 2023). Dentre os transtornos de ansiedade, os ataques de pânico e a fobia social são os mais habituais, o que induz a uma reflexão acerca das condições sociais às quais estas pessoas estão submetidas .

Ao voltar o foco para o curso de desenvolvimento do Transtorno Bipolar, é possível observar que desde o primeiro episódio pode ser notado um declínio cognitivo (Robinson et al., 2006), que pode ser agravado, de acordo com a recorrência das desestabilizações do ciclo (Martínez-Arán et al., 2004). Os mecanismos associados aos episódios agudos estão implicados com a deterioração cognitiva e com a saúde destes indivíduos de maneira geral.

Logo, o Transtorno Bipolar apresenta, possivelmente, um processo degenerativo no tecido nervoso e periférico, que é episódio-dependente (Kapczinski; Andreazza; Salvador, 2008).

A durabilidade de seus episódios varia de forma que o paciente pode vir a passar anos em busca de um diagnóstico ou até com um tratamento errado, como os inúmeros casos em que os períodos depressivos possuem uma tendência maior do que os maníacos, o que pode ser confundido apenas como Depressão. Nestas situações, é comum que a hipótese da Bipolaridade surja apenas com o surgimento de algum outro sintoma característico e marcante, que acenda o sinal de alerta para investigar a sua validade (Suppes; Dennehy, 2009).

Quando um episódio depressivo se inicia, o humor passa do estado eutímico – equilibrado e tranquilo – e adota sinais como a tristeza, melancolia, falta de ânimo, sentimento de vazio e negatividade, apresentando alguns padrões cognitivos semelhantes aos da tríade cognitiva da depressão, esquemas e erros cognitivos (Beck; Rush; Shaw; Emery, 1982). No caso de adolescentes deprimidos, eles relatam com frequência os sentimentos depressivos ou mostram aumento de irritabilidade e hostilidade, insônia ou hipersonia, anedonia e desesperança, que podem levá-los a tentativa de suicídio. O uso abusivo de álcool e/ou outras substâncias psicoativas pode ser frequente, aumentando o risco de tentativa de suicídio, sendo características também observadas na faixa etária infantil e adulta (Birmaher et al., 2007). Entretanto, o reconhecimento da depressão é mais difícil na fase infantil e na adolescência, pois os mesmos apresentam uma dificuldade no reconhecimento de suas emoções (Kapczinski; Margis; Silva, 2003)..

Nos episódios de mania, as mudanças cognitivas também podem variar, porém, direcionadas para o conteúdo dos pensamentos e na qualidade das cognições, com a presença de aspectos como a euforia, ilusões de grandeza e paranóias. Ao observar a sua presença em outras faixas etárias, é possível atentar-se que sintomas podem ser confundidos com algum Transtorno de Ansiedade e de Déficit de Atenção e Hiperatividade durante a infância, uma vez que apresenta comportamentos relacionados à inquietude, distratibilidade, fala acelerada, humor instável, crises de choro isoladas, além de autoagressão e agressividade, pensamentos fantasiosos e de grandeza (Weller; Weller, 2000; Moreno et al., 2005). Já na adolescência, todos estes sinais podem se apresentar, porém, é comum que ocorram alucinações e delírios, podendo perdurar até a fase adulta (Carlson, 2000).

Dentre as possibilidades de controlar o curso da doença, a farmacoterapia se mostra como imprescindível ao longo da vida para a maioria dos casos, e sua manutenção pode não ser capaz de eliminar completamente a recorrência das fases, porém, traz um grande

potencial para a diminuição da frequência com que elas ocorrem, além de afetar a duração e a gravidade dos episódios. Como consequência, os indivíduos podem experimentar a diminuição do sofrimento, menor risco de hospitalizações e dos impactos na sua funcionalidade biopsicossocial (Baastrup; Schou, 1967).

De acordo com dados apresentados por Patelis-Siotis (2001), a resposta terapêutica revelam que em somente 50% dos pacientes diagnosticados com Transtorno Bipolar sustentam uma intervenção psicossocial associada ao tratamento de forma recorrente, o que torna os cuidados ainda mais desafiadores, uma vez que se faz necessário associar a farmacoterapia com a psicoterapia. Também é comum que ocorram oscilações de afeto, comportamento e temperamento, em especial nas esferas do pensamento, da percepção, da linguagem e da cognição. As intensas mudanças de humor, inclusive, podem gerar uma fragilidade afetiva capaz de causar uma grande desordem, confusão e conflito interno, que são refletidas nas relações interpessoais familiares, profissionais e sociais.

Neste ínterim, a Terapia Cognitivo-Comportamental se mostra com um grande potencial para contribuir para a busca pelo maior bem-estar dos pacientes com Bipolaridade, possibilitando que reconheçam os padrões afetivos, cognitivos e comportamentais que podem agravar os seus sintomas. A partir da tomada de consciência sobre a dinâmica sintomática do transtorno, as diversas técnicas da TCC podem ser utilizadas com o objetivo de “quebrar o ciclo”, por meio de modificação de respostas cognitivas e/ou comportamentais, sempre com atenção para a necessidade de outros tipos de auxílio, como o farmacológico, em especial em um contexto de possíveis crises (Cunha, 2004).

Conforme apontado por Knapp e Isolan (2005), uma das grandes contribuições da TCC para o tratamento do Transtorno Bipolar se dá, justamente, pelo fortalecimento das capacidades de automonitoramento e autorregulação do indivíduo, o que é possível, dentre outras técnicas, por meio da psicoeducação, que favorece a adesão medicamentosa e a prevenção de recaídas. Para discorrer mais sobre este tópico, a próxima seção é dedicada ao assunto.

## 1.6 Psicoeducação

A prática da Psicoeducação teve início em 1970 e surgiu como um modelo que considera o paradigma da complexidade da espécie humana, envolvendo distintas disciplinas

e teorias que se relacionam para compreender e aplicar as suas técnicas frente ao processo de adoecimento do indivíduo (Wood et al., 1999). Desta forma, a Psicoeducação também pode ser definida como o “ensino de princípios e conhecimentos psicológicos relevantes para o cliente” (Dobson; Dobson, 2010, p 71). Assim, a Psicoeducação se alinha diretamente às propostas de ação presentes na lógica da TCC, conhecida pelo seu caráter colaborativo e pelo seu objetivo em ajudar o indivíduo a desenvolver estratégias de aprendizagem e habilidades, para que consiga reconhecer as cognições, emoções e comportamentos envolvidos, além de permitir a modificação dos pensamentos distorcidos, a identificação e alteração de crenças e/ou esquemas que podem dificultar seu engajamento no processo de reestruturação cognitiva.

Para aprofundar a compreensão do Modelo Psicoeducacional, é preciso citar que ele envolve diferentes teorias psicológicas e educativas, além de utilizar dados teóricos de outras disciplinas, como a Filosofia e a Medicina, para atingir o seu objetivo primordial de fornecer informações importantes para que indivíduo seja capaz de compreender as suas condições de saúde de uma forma integral e não fragmentada (Cole; Lacefield, 1982). Sendo assim, o Modelo pode ser dividido em alguns tipos distintos, como: a Psicoeducação Psicodinâmica, mais voltada para os aspectos afetivos e conflitivos do sujeito; a Psicoeducação Comportamental, na qual o foco é a mudança comportamental, a partir da sua observação e do desenvolvimento de um programa de reforços positivos ou negativos; a Psicoeducação Sociológica, que busca envolver um grupo propiciando aos indivíduos a conscientização acerca de seus comportamentos, ideologias e valores sociais; a Psicoeducação Cognitivo-Afetiva, que engloba a relação recíproca entre o aspecto afetivo e cognitivo; a Psicoeducação Ecológica; e, por fim, a Psicoeducação do Desenvolvimento (Wood et al., 1999).

Com a sugestão de separar o termo para uma melhor compreensão da sua totalidade, Wood e colaboradores (1999) chamam a atenção para o sentido do termo, ao afirmarem que “psico” refere-se ao âmbito das teorias e técnicas psicológicas existentes, enquanto a “educação”, está relacionada à área pedagógica, as quais envolvem o processo de ensino-aprendizagem. Sendo assim, a Psicoeducação engloba o desenvolvimento social, emocional e comportamental do sujeito, sendo que o profissional atua como um agente de mudanças, fornecendo assistências às habilidades adquiridas e propiciando práticas que tenham embasamento científico ao paciente.

No entanto, os autores possuem uma ressalva acerca do modelo, pois, ao tentar englobar as diferentes dimensões do ser humano, é imprescindível que haja cautela, pois não é possível aplicá-la de qualquer maneira, o que aponta para a necessidade de que exista um

método sistemático, com a aplicação de testes e técnicas específicas para averiguar qual é o procedimento psicoeducativo que possa possibilitar os resultados com maiores chances de sucesso. Pontuações como essas podem ser entendidas como a justificativa para o desenvolvimento de diversos projetos e pesquisas acerca da psicoeducação desde o seu surgimento, em que inúmeros profissionais buscaram explorar as evidências da sua eficácia como uma técnica psicoterapêutica (Wood et al., 1999).

Wright e colaboradores (2010) descrevem os princípios gerais a serem considerados para a aplicação da Psicoeducação na TCC, que incluem: a adaptação da informação para que o cliente tenha condições de compreender as informações; explicações claras e breves, evitando cair na armadilha do didatismo; incentivo à participação do cliente, ao solicitar feedbacks sempre que seja preciso; recomendação de leituras específicas e/ou a execução de pesquisas sobre os temas, para aprofundar os conhecimentos; propor tarefas de casa, para auxiliar e incentivar o monitoramento de sintomas.

No momento de escolher os materiais que serão utilizados para auxiliar no processo psicoeducativo, o terapeuta deve estar atento para avaliar o nível da linguagem, de alfabetização, compreensão e habilidades do sujeito para, assim, verificar o possível nível de interesse e o desejo por maiores informações que pode ser suscitado ao cliente, de acordo com as particularidades de cada um. Também é imprescindível analisar se tais instrumentos conseguem exprimir com qualidade os dados necessários sobre os sintomas, a explicação do modelo cognitivo comportamental do desenvolvimento, a manutenção de sintomas, as intervenções cognitivo-comportamentais, os princípios da mudança de comportamento e de eficácia, guiados pelas práticas baseadas em evidências (Dobson; Dobson, 2010).

O'Donohue e Cummings (2008) mencionam os tópicos que devem integrar o processo psicoeducacional e que podem favorecer o auxílio à mudança, sendo eles: fornecimento de validação, normalização, apoio, educação sobre novas habilidades de enfrentamento, compreensão e conhecimento dos materiais ofertados, mudanças em pensamentos e comportamentos, fortalecimento da autoeficácia.

Uma das características mais marcantes da Psicoeducação é o seu fator variável quanto aos contextos de aplicação, afinal, pode ser utilizada em instituições hospitalares, ambulatoriais, militares, industriais e educacionais, resguardadas as devidas particularidades de cada ambiente (Cole; Lacefield, 1982). Inclusive, o uso da Psicoeducação como recurso terapêutico ainda pode ser realizado via internet, além da sua aplicabilidade em ações direcionadas para diferentes demandas, como a terapia de luto, comportamentos passivo-agressivos, ansiedade infantil e redução de estresse (Wood et al., 1999).

O potencial informativo da Psicoeducação é essencial para o sucesso da sua aplicação, pois é o momento em que o psicólogo vai esclarecer ao cliente sobre o Modelo Cognitivo e a dinâmica do processo terapêutico em sua totalidade, o que garante a transparência e permite a maior familiaridade do cliente diante do enfrentamento de um possível diagnóstico desde o início. Ainda é importante que haja a orientação para que, mesmo após o término do acompanhamento, o cliente continue executando os aprendizados adquiridos durante o período na psicoterapia, afinal, a Psicoeducação é muito mais do que uma técnica, mas se coloca como uma das bases que guiam a compreensão do trabalho clínico e da relação terapêutica, permeando toda a duração do processo (Beck, 1997; Wright et al., 2008).

Ao compreender que as cognições gerenciam as emoções e os comportamentos, o indivíduo dispõe de informações relevantes e torna-se capaz de construir novas concepções acerca dos agravos que a sua condição apresenta para a saúde, além de permitir uma maior responsabilização quanto à prevenção, ao tratamento proposto e à redução de seus níveis de ansiedade em relação ao acompanhamento (Gomes, 2010; Carvalho et al., 2019). Por conseguinte, enquanto estabelece um fluxo de informações entre profissional e cliente, a Psicoeducação ainda apresenta o intuito de tornar este último um colaborador ativo e aliado, o que, conseqüentemente, pode tornar o processo ainda mais particularizado e efetivo (Luckens; McFarlane, 2004).

Apesar do foco ter sido direcionado especialmente para o cuidado individual, nada mais justo do que abordar as possibilidades da Psicoeducação para a modalidade grupal. Desta forma, é capaz de favorecer o compartilhamento de saberes e experiências entre os membros do grupo e, como consequência, oportuniza o aprendizado e o crescimento em conjunto. O enfoque dos grupos psicoeducativos recai no processo de conscientização sobre os aspectos psicossociais que interferem na condição de saúde/doença, com a finalidade de promover novos conhecimentos e reflexões no que diz respeito aos temas em pauta e para estimular a revisão de mitos e preconceitos (Borges et al., 2018).

Nessa perspectiva, independente da modalidade, a Psicoeducação prova o seu potencial na tarefa de tornar o sujeito cômico acerca de sua condição de saúde e lhe dá as condições necessárias para tornar-se um agente do autocuidado, bem como para ter ferramentas para respaldar as tomadas de decisão dos profissionais que o acompanham, com base em dados confiáveis (Castro; Barroso, 2012; Nussey et al., 2013).

Por ser apontada como uma das práticas baseadas em evidências mais eficazes tanto em ensaios clínicos, como em contextos comunitários, a Psicoeducação se destaca pela

flexibilidade de introduzir informações específicas sobre as psicopatologias e condições de saúde que podem ser enfrentadas pelo indivíduo, ao mesmo tempo em que fortalece as suas concepções quanto às estratégias de enfrentamento e manejo das dificuldades, o que agrega um maior valor para o seu potencial na prevenção de recaídas (Lukens; McFarlene, 2004). Sendo assim, é importante seguir falando sobre outro aspecto imprescindível para o desenvolvimento do cliente com algum transtorno afetivo do humor na seção seguinte.

## 1.7 Habilidades Sociais

Enquanto conceito, é válido iniciar a seção apontando uma contradição histórica no entendimento acerca da relação entre as Habilidades Sociais e as Competências Sociais, uma vez que, em determinados momentos, os dois conceitos podem ser ora entendidos como equivalentes, complementares ou indivisíveis, a depender do ponto de vista abordado. Em busca de diferenciar os conceitos, é possível citar os estudos de McFall (1976/1982), nos quais alegaram que a escolha por diferenciá-las era favorável, inclusive em suas consequências. Embora não haja um consenso, a opção por potencializar as diferenças entre as duas esferas têm sido adotadas por parte considerável dos pesquisadores do tema, como O'Donohue e Krasner (1995), Trower (1995) e Greshan (2009).

Com as contradições expostas, é o momento de estabelecer os conceitos, começando pelas Habilidades Sociais, que podem ser definidas como um constructo descritivo dos comportamentos sociais valorizados em determinada cultura, com alta probabilidade de resultados favoráveis para o indivíduo, seu grupo e comunidade, além de poder contribuir para um desempenho socialmente competente em tarefas interpessoais (Del Prette; Del Prette, 2001). Sobre a Competência Social, é válido defini-la como um constructo avaliativo do desempenho de um indivíduo, em uma tarefa interpessoal, que atende aos objetivos do indivíduo e às demandas da situação e a cultura, produzindo resultados positivos conforme critérios instrumentais e éticos (Del Prette; Del Prette, 2005).

Na Psicologia, a ideia das Habilidades Sociais consolidou-se em meados do século XX, ao reunir conhecimentos resultantes da contribuição de diferentes aportes teóricos e práticos das abordagens Cognitiva, Comportamental e Sociocognitiva (Del Prette; Del Prette, 1999). Desta forma, Wolpe (1977), afirma que a capacidade de emitir expressões emocionais alinhadas aos intuitos do contexto e do que é esperado pelas outras pessoas seria uma das

concepções possíveis para o termo, enquanto Phillips (1978) vai mais a fundo e traz em sua definição a ideia de que se trata do nível em que um indivíduo consegue estabelecer a comunicação com terceiros, com o objetivo de satisfação pessoal ou apenas pela manutenção da norma, a partir do que é entendido como razoável social e culturalmente para não interferir de maneira negativa o espaço do outro.

Assim, é essencial considerar o conteúdo e as consequências ao defini-las, Caballo (1996) pontua que o conjunto de comportamentos emitidos por um indivíduo em um contexto interpessoal, ao expressar os próprios sentimentos, atitudes, desejos, opiniões ou direitos, deve se adequar à situação, mantendo os princípios do respeito às atitudes dos demais, sendo uma característica essencial para o desenvolvimento das Habilidades Sociais. Tais capacidades são amplamente requisitadas para a manutenção de interações sociais satisfatórias e são consideradas como um fator protetivo no desenvolvimento de relações interpessoais e das concepções de si mesmo com algum nível de bem-estar. No lado oposto, pessoas com problemas para se adequar às situações sociais podem enfrentar diversos fatores de risco para a sua qualidade de vida.

As discussões sobre as Habilidades Sociais têm crescido consideravelmente nas últimas duas décadas no campo de pesquisa, prático e teórico. Sobre isso, Caballo (1996) apresenta uma articulação conceitual entre tais capacidades e a expressão de atitudes, sentimentos, opiniões e desejos, enfatizando o respeito a si próprio e aos outros, existindo, em geral, a resolução dos problemas imediatos da situação e diminuição da probabilidade de problemas futuros. No Brasil, em seus estudos preliminares, Del Prette e Del Prette (1996/1999) optaram por reconhecer e evidenciar as diferenças conceituais entre os termos. Diversos programas de treinamento em Habilidades Sociais vêm sendo estruturados, para a sua utilização em diversos ambientes que ultrapassam os limites terapêuticos, ao pensar no potencial para o trabalho de prevenção de problemas e para a melhoria das condições de convivência em ambientes corporativos.

Os comportamentos caracterizados como parte das Habilidades Sociais aparecem na literatura agrupados em classes e subclasses, organizadas com base em características que compartilham e diferenciam de outras compreensões. Assim, as classificações seguem a seguinte lógica: pela topografia (aspectos formais do comportamento, como gestos, tom de voz, expressão facial e corporal etc); e pela funcionalidade em determinadas situações, considerando a tríplice relação de contingências (antecedente – comportamento – consequência). Além da elaboração de um conceito próprio e robusto, esta organização visa facilitar a identificação de déficits e recursos presentes na realidade do cliente, além de

orientar a avaliação e promoção das Habilidades de uma forma esquemática, para os mais diversos contextos e objetivos.

A ampla diversidade de comportamentos sociais esperados para os diferentes ambientes demonstra que eles podem apresentar funções semelhantes, porém, com topografias diferentes. Para a melhor compreensão, Del Prette e Del Prette (2008) consideram que é possível organizá-las sob diferentes eixos de análise, levando em conta que se trata de um objeto da pesquisa prática, então, propõem a subdivisão em 10 classes, sendo elas:

**Quadro 1** — Classes em Habilidades Sociais.

1. Comunicação	Iniciar e manter a conversação, fazer e responder perguntas, pedir e dar feedback, elogiar e agradecer elogio e dar opinião. A comunicação ocorre tanto na forma direta (face a face), quanto na indireta (uso de meios eletrônicos). Na comunicação direta, os aspectos verbais estão sempre associados aos não-verbais, de forma a complementar, ilustrar, substituir ou até contrariar os conteúdos verbais.
2. Civilidade	Cumprimentar e/ou responder a cumprimentos (ao entrar e sair de um ambiente), pedir “por favor”, agradecer (dizer obrigado/a), desculpar-se, além das outras formas de polidez normativa existentes na cultura, em sua diversidade e suas nuances.
3. Início e manutenção de amizades	Iniciar a conversação, apresentar informações livres, ouvir/fazer confidências, demonstrar gentileza, manter contato, sem ser invasivo, expressar sentimentos, elogiar, dar feedbacks, responder aos contatos, enviar mensagens (e-mail, bilhetes), convidar/aceitar convite para passeios, fazer contato em datas festivas (aniversário, Natal etc.) e manifestar solidariedade diante de problemas.
4. Empatia	Manter contato visual, aproximar-se do outro e escutar, evitando interromper. Tomar perspectiva (colocar-se no lugar do outro), expressar compreensão, incentivar a confidência (quando for o caso), demonstrar disposição para

	ajudar (se for o caso), compartilhar alegria com a realização do outro (nascimento de um filho, aprovação no vestibular, obtenção de emprego etc.).
5. Assertivas	<p>É uma classe ampla, com muitas subclasses, portanto, serão destacadas as mais importantes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Defender direitos próprios e direitos de outrem;</li> <li>➤ Questionar, opinar, discordar, solicitar explicações sobre o porquê de certos comportamentos, manifestar opinião, concordar, discordar;</li> <li>➤ Fazer e recusar pedidos;</li> <li>➤ Expressar raiva, desagrado e pedir mudanças de comportamento;</li> <li>➤ Desculpar-se e admitir falha;</li> <li>➤ Manejar críticas: a) aceitar críticas (ouvir com atenção até o interlocutor encerrar a fala, fazer perguntas, pedir esclarecimento, olhar para o interlocutor, concordar com a crítica ou parte dela e pedir desculpas, se for o caso); b) fazer críticas (falar em tom de voz pausada e audível, manter contato visual sem ser intimidatório, dizer o motivo da conversa, expor a falha do interlocutor e pedir mudança de comportamento); c) rejeitar críticas (ouvir até o interlocutor encerrar a fala, manter contato visual, solicitar tempo para falar, apresentar a sua versão dos fatos, expor opinião e relacionar a não aceitação da crítica em relação à veracidade do acontecimento);</li> <li>➤ Falar com uma pessoa que exerce papel de autoridade: cumprimentar, apresentar-se, expor motivo da abordagem, fazer e responder perguntas, fazer pedido (se for o caso), tomar nota, agendar novo contato (se for o caso), agradecer e despedir-se.</li> </ul>
6. Expressar solidariedade	Identificar as necessidades do outro, oferecer ajuda, expressar apoio, engajar-se em atividades sociais construtivas, compartilhar alimentos ou objetos com pessoas

	necessitadas, cooperar, expressar compaixão, participar de reuniões e campanhas de solidariedade, fazer visitas a pessoas com necessidades, consolar e motivar outros a fazerem doações.
7. Manejar conflitos e resolver problemas interpessoais	Acalmar-se, exercitando o autocontrole diante de indicadores emocionais de um problema, para saber reconhecer, nomear e defini-lo, além de identificar os comportamentos de si e dos outros associados à manutenção ou à solução do problema (como avaliam, o que fazem, qual a motivação para mudança), elaborar alternativas de solução, escolher, implementar e avaliar cada alternativa ou combinar alternativas, quando for o caso.
8. Expressar afeto e intimidade (namoro/sexo)	Aproximar-se e demonstrar afetividade ao outro por meio de contato visual, sorriso, toque, fazer e responder perguntas pessoais, dar informações livres, compartilhar acontecimentos de interesse do outro, cultivar bom humor, partilhar brincadeiras, manifestar gentileza, fazer convites, demonstrar interesse pelo bem-estar do outro, lidar com relações íntimas e sexuais, além de estabelecer limites, quando for necessário.
9. Coordenar grupo	Organizar a atividade, distribuir tarefas, incentivar a participação de todos, controlar o tempo e o foco na tarefa, dar feedback a todos, fazer perguntas, mediar interações, expor metas, elogiar, parafrasear, resumir, distribuir tarefas, cobrar desempenho e tarefas, além de explicar e pedir explicações e verificar compreensão sobre problemas.
10. Falar em público	Cumprimentar, distribuir o olhar pela plateia, usar tom de voz audível, modulando conforme o assunto, fazer/responder perguntas, apontar o conteúdo de materiais audiovisuais (ler apenas o mínimo necessário), usar humor (se for o caso), relatar experiências pessoais (se for o caso) e acontecimentos (incluir subclasses do item anterior) e, ao final, agradecer a atenção de todos.

Fonte: Del Prette; Del Prette (2008).

As classes gerais das Habilidades Sociais e suas respectivas subclasses são reconhecidas como indispensáveis ao longo do ciclo vital, podendo variar de acordo com a etapa de desenvolvimento em que a pessoa se encontra, sendo algumas mais críticas ou relevantes para determinadas etapas. Dentre as classes apresentadas no quadro 1, algumas podem ser consideradas como Habilidades Sociais básicas, tendo em vista que estão presentes em várias classes e, desta forma, podem ser aprendidas e/ou aperfeiçoadas. Tais Habilidades são compostas por elementos verbais (o que é dito), porém a sua efetividade também depende do desempenho (como é dito). Assim, para analisar os possíveis déficits, os recursos de enfrentamento devem abranger os Componentes Não-Verbais Paralinguísticos (CNVP), que caracterizam a forma ou topografia do desempenho e se referem a aspectos como postura, expressão facial, contato visual, fluência no falar (Del Prette; Del Prette, 2008).

Uma parte significativa das necessidades humanas são mediadas pela interação com outros indivíduos, sendo uma característica comum em um ambiente habitual, em que o comportamento de uma pessoa pode ser antecedente ou conseqüente ao comportamento do outro e, como tal, as Habilidades Sociais foram e continuam sendo resultantes de três processos de variação e seleção: filogenético, ontogenético e cultural (Skinner, 1953/1967). A seleção filogenética é responsável por refinar as características anatômicas, comportamentais e fisiológicas favoráveis à aquisição e ao aperfeiçoamento de comportamentos sociais, entre os quais as Habilidades Sociais se mostram importantes na sobrevivência da espécie (Tower, 1995). Acerca da seleção ontogenética, é possível afirmar que o foco seriam as Habilidades Sociais aprendidas ao longo da vida, por meio das condições “naturais”, dispostas no meio que se vive. Em termos de seleção cultural, é extensamente reconhecida a influência da cultura sobre as Habilidades Sociais, afinal, cada agrupamento cultural possui padrões estabelecidos que serão valorizados, tolerados ou reprovados, de acordo com os comportamentos sociais.

As bases conceituais do Inventário de Habilidades Sociais-2 (IHS-2) remetem ao campo teórico-prático de pesquisa e treinamento de habilidades sociais, os autores do mesmo vêm ao longo de 25 anos produzindo conhecimento em diversos campos científicos, de forma que é possível dizer que os principais construtos desse campo, estão relacionados a desempenho social, tarefa interpessoal, habilidades sociais e competência social. Um desempenho socialmente competente deve atender vários requisitos, além de um repertório

de habilidades sociais, o indivíduo, segundo Del Prette e Del Prette (2017) deve dispor de conhecimento das regras e normas do ambiente, da situação de cultura, com discriminação nas tarefas interpessoais em que se envolve, bem como de autoconhecimento sobre os próprios recursos e déficit para lidar com tarefas interpessoais; orientar-se por valores de convivência associados a dimensão instrumental e ética da competência social; e exercitar o automonitoramento e análise das contingências durante a interação social.

De modo geral, assim como qualquer outro comportamento, as Habilidades Sociais, são aprendidas ao longo da vida, por meio da interação com outras pessoas, no que diz respeito aos processos formais ou informais, e passam pela influência da cultura e das contingências do ambiente. Assim, quando o ambiente natural não é favorável, é esperado que ocorram dificuldades e falhas na aquisição e aperfeiçoamento das Habilidades Sociais.

Ainda neste ponto, é possível afirmar que diversas informações apontam que ser portador de algum transtorno mental pode dificultar o processo de desenvolvimento destas capacidades, o que pode afetar diretamente as esferas pessoais, sociais e profissionais do indivíduo. Portanto, ao verificar a importância central que as Habilidades Sociais possuem para os indivíduos da espécie humana, por conta da sua inerência social e pelas expectativas para a execução de interações adequadas, de acordo com as expectativas de cada contexto, uma intervenção baseada em aquisição de Habilidades Sociais deficitárias pode proporcionar o aprendizado e o manejo destas questões e contribuir para o bom funcionamento social do indivíduo, sendo capaz de permitir um aumento significativo na qualidade de vida do sujeito.

## **2. HIPÓTESES**

- Utilizar a TCC em grupo para o atendimento de demandas relacionadas aos transtornos de humor favorece a psicoeducação.
- A intervenção em um grupo heterogêneo, pode favorecer a interação social das pacientes fortalecendo o desenvolvimento de Habilidades Sociais e contribuindo no manejo individual da prevenção de recaídas do Transtorno Depressivo Maior e Transtorno Bipolar I e II.

### **3. OBJETIVOS**

### 3.1 Objetivo Geral

Verificar a aplicabilidade da TCC em um grupo de mulheres com Transtornos de Humor: Transtorno Bipolar (tipos I e II) e Transtorno Depressivo Maior em uma unidade do CAPS I.

### 3.2 Objetivos específicos

- Criar um protocolo para atendimento em grupo heterogêneo no CAPS I, sob a base teórica e prática da Terapia Cognitivo-Comportamental.
- Avaliar a eficácia da Terapia Cognitivo-Comportamental em grupo, em atendimento em grupo heterogêneo de mulheres com Transtorno Bipolar tipo I e II e Transtorno Depressivo Maior, antes e depois da intervenção.
- Avaliar por meio do teste EBADEP-A (Escala Batista de Depressão) pré e pós intervenção a diminuição de sintomas depressivos e desenvolvimento de estratégias em grupo para lidar com seus transtornos.
- Avaliar por meio de IHS-2 (Inventário de Habilidades Sociais 2) pré e pós-intervenção, fatores relacionados a conversação assertiva, abordagem afetivo-sexual, expressão de sentimento positivo, autocontrole/enfrentamento e desenvoltura social .
- Compreender de que maneira a Psicoeducação e o Treino de Habilidades Sociais das usuárias podem contribuir para a mobilização e criação de estratégias cognitivas funcionais na interação entre ambas.

#### **4. PROCEDIMIENTOS METODOLÓGICOS**

A presente pesquisa define-se como um estudo de caso exploratório, com base na abordagem qualitativa. Em um trabalho científico, é necessário apresentar e englobar o conjunto de procedimentos adotados para a realização do projeto, com objetivo de atingir a maior compreensão sobre os fenômenos observados. Para tal, a escolha do método deve seguir concepções como as de Strauss e Corbin (2008), ao pontuarem o rigor necessário para pesquisas que produzam “resultados não alcançados através de procedimentos estatísticos ou de outros meios de quantificação”. A opção pelo método qualitativo ocorreu pela necessidade de obter conhecimentos acerca do fenômeno estudado, a partir das experiências vivenciadas em grupo e da compreensão dos processos integrativos.

A pesquisa qualitativa abrange um grande número de formas de investigação dos objetos, conforme pontuou Creswell (2014) onde descreveu cinco possibilidades de pesquisas qualitativas a serem pensadas: 1) Pesquisa fenomenológica; 2) Pesquisa narrativa; 3) Teoria fundamentada (*Grounded Theory*); 4) Estudo de caso; e 5) Pesquisa etnográfica.

Desta forma, cabe destacar a modalidade adotada para guiar o presente trabalho vai ao encontro com os objetivos de um Estudo de caso, definido, conforme Gil (2002), por ser utilizado tanto em estudos-piloto, para esclarecimentos acerca do campo de pesquisa em seus múltiplos aspectos, quanto para a descrição de aspectos mais específicos sobre o objeto estudado, como a descoberta de síndromes raras. Os seus resultados usualmente são apresentados em aberto, na condição de hipóteses e não de conclusões. O método foi o mais adequado para a pesquisa, pois atendeu aos objetivos e permitiu a caracterização de uma análise aprofundada dos fenômenos observados, o que deu vazão para que se obtenha uma visão ampla e detalhada dos conhecimentos desenvolvidos, dentro de um contexto real. Minayo (2014) afirma que uma pesquisa por meio do Estudo de caso, é essencial apresentar estratégias de investigação qualitativa para mapear, expor e avaliar as relações e percepções a respeito dos tópicos analisados.

Utilizando como objeto de estudo a eficácia da aplicabilidade da Terapia Cognitivo-Comportamental em um grupo heterogêneo de mulheres com Transtorno Bipolar tipos I e II e de Transtorno Depressivo Maior, com o intuito de elaborar um protocolo de atendimento para intervenção em grupo em um CAPS I, a partir da interpretação das demandas em um contexto propício, descobrindo conceitos e relações entre os dados, foram aplicados testes prévios ao início da intervenção em grupo, como uma avaliação inicial, com a Escala Baptista de Depressão - A (EBADEP-A) e o Inventário de Habilidades Sociais - 2 (IHS-2), que também foram reaplicados ao término da intervenção, na avaliação

final. A dinâmica de funcionamento e da interação de um grupo de transtornos de humor sob a luz da TCC, bem como a maior adesão ao tratamento medicamentoso, melhora dos sintomas, interação social e estímulo nas habilidades sociais foram os tópicos almejados para o andamento do trabalho.

A abordagem qualitativa foi necessária, uma vez que a imersão no ambiente em que a pesquisa foi desenvolvida possibilitou identificar dados que guiaram os instrumentos mais eficazes de abordagem e de intervenções. De acordo com Minayo (2004), este tipo de pesquisa é favorável quando ocorrem intervenções e processos de mudança por meio da produção de conhecimento. A pesquisa exploratória permitiu um planejamento flexível, de forma que possibilitou a delimitação da pesquisa, orientação e formulação de hipóteses prévias, ainda trouxe a abertura para uma observação do tema sob diversos ângulos, por meio do levantamento bibliográfico, da entrevista com as pessoas envolvidas na pesquisa e a análise de exemplos que estimulem a compreensão. Dadas as devidas pontuações, é necessário apresentar mais detalhes acerca do contexto de execução da pesquisa.

#### 4.1 Local da Pesquisa

A pesquisa foi realizada no Centro de Atenção Psicossocial I - CAPS I, em uma cidade do interior do estado do Mato Grosso do Sul, seu horário de funcionamento é das 07 às 17 horas e não fecha para o almoço. O Centro conta com uma equipe de nove profissionais, divididos em dois auxiliares administrativos, um auxiliar de serviços diversos, uma enfermeira, três psicólogas (incluindo a autora do presente trabalho), uma pedagoga, um gerente de saúde mental e dois médicos especialistas em saúde mental, que atendem uma vez por semana. Os serviços ofertados na Unidade incluem o atendimento psicológico individual e em grupo, atendimento à família, atendimento terapêutico em grupo, oficinas terapêuticas, atividades comunitárias de inserção na comunidade. Quando as ações deste trabalho foram executadas, a instituição estava sem um médico psiquiatra.

#### 4.2 Participantes

Participaram da pesquisa seis mulheres, com diagnóstico de Transtorno de Humor (

TB e TDM) com faixa etária entre 34 e 53 anos, usuárias do CAPS I, organizadas em um grupo de atendimento fechado, sendo quatro delas possuindo o diagnóstico de Transtorno Bipolar I (CID 10: F31 – Wells, 2011) e duas com Transtorno Depressivo Maior (CID10: F33.0 e F33.1 – Wells, 2011), apresentando queixas relacionadas às dificuldades na interação social e para a adesão medicamentosa. Tais informações foram obtidas a partir do registro documental presente nos prontuários individuais e relatadas na entrevista/anamnese. A seleção das participantes ocorreu por conta do perfil sociodemográfico, seguindo alguns critérios de inclusão e exclusão, que serão discutidos a seguir.

#### 4.2.1 Critérios de Inclusão

Os critérios de inclusão foram os seguintes: a) mulheres com idade entre 18 e 60 anos; b) que possuíssem o nível mínimo de escolarização do Ensino Fundamental incompleto; c) com o diagnóstico de Transtorno Bipolar (tipo I ou II) ou Transtorno Depressivo Maior, segundo critérios diagnósticos do DSM-5-TR (Associação Americana de Psiquiatria, 2023); d) que foram atendidas ao menos duas vezes pela médica psiquiatra atuante<sup>1</sup> na unidade ; e) que apresentaram queixas de dificuldades para manter o tratamento medicamentoso de forma contínua; f) que tiveram alguma recaída durante o período; g) com dificuldades no âmbito das Habilidades Sociais.

Além desses aspectos, é necessário frisar que as participantes foram incluídas apenas após serem contatadas pela pesquisadora e concordarem em participar, o que abrange as mulheres que estavam participando de oficinas terapêuticas conduzidas por outro profissional. O estado civil não foi um impeditivo para participação da pesquisa.

#### 4.2.2 Critérios de Exclusão

Os critérios estabelecidos foram os seguintes: a) as mulheres que, mesmo após terem sido selecionadas e convidadas para integrar o projeto, não concordaram em participar; b) usuárias não referenciados no CAPS I; c) ) usuárias que não frequentaram a unidade durante o período selecionado; d) usuárias que comparecerem apenas em um atendimento em grupo, não dando sequência aos atendimentos; e) usuárias que apresentem parentesco em 1º e 2º graus com a pesquisadora; f) usuários que possuem relacionamento

---

<sup>1</sup> A médica psiquiatra da unidade esteve atuante entre o período de janeiro de 2018 e junho de 2023.

afetivo anterior ao início do grupo; g) mulheres que estivessem gestantes no período anterior ao início da pesquisa.

### 4.3 Recursos Humanos

Todo o processo de seleção e entrevista com as participantes foi realizado pela autora da pesquisa por meio do programa E-Saúde, dispositivo de gestão em saúde disponível exclusivamente para profissionais de Nível Superior da Unidade, o que permitiu filtrar e acessar prontuários das usuárias referenciadas. O contato e o convite também foram feitos pela pesquisadora, bem como a apresentação da carta contendo informações sobre o trabalho e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, para recolher as devidas assinaturas, e, por fim, a aplicação dos testes de uso restrito a psicólogos.

A recepção das participantes e o encaminhamento dos prontuários nos dias de atendimento em grupo foi realizada pelas auxiliares administrativas da Unidade. As atividades realizadas com o grupo, foram elaboradas, organizadas, aplicadas pela própria pesquisadora, da mesma forma que o tratamento das informações e a análise dos dados observados ao longo do percurso metodológico.

### 4.4 Instrumentos de Pesquisa

Com o objetivo de avaliar o quadro geral das usuárias que aceitaram participar do trabalho, foram utilizados alguns instrumentos como a Entrevista Semiestruturada individual logo no início, seguida da aplicação da Escala Baptista de Depressão - A e do Inventário de Habilidades Sociais - 2, além do uso do Relatório de sessão para cada encontro. Por fazer uso de ferramentas da Avaliação Psicológica, se faz importante dispor acerca da exclusividade que é direcionada para tais testes por parte de profissionais devidamente formados e regularizados como psicólogos.

Conforme disposto no Art. 1º do Código de Ética Profissional do Psicólogo:

- c) Prestar serviços psicológicos de qualidade, em condições de trabalho dignas e apropriadas à natureza desses serviços, utilizando princípios, conhecimentos e técnicas reconhecidamente fundamentados na ciência psicológica, na ética e na legislação profissional” (Conselho Federal de Psicologia, 2005, s/p).

Assim, o psicólogo deve utilizar somente materiais originais e em condições de uso,

sendo o uso de fotocópias de testes psicológicos vedado sob qualquer hipótese, nem mesmo para fins acadêmicos ou de pesquisa, uma vez que ferem os artigos 28 e 29 da Lei de Direitos Autorais nº 9610/1998 (BRASIL, 1998). Desta forma, os detalhes sobre cada instrumento utilizado serão discorridos ao longo dos tópicos seguintes.

#### 4.4.1 Entrevista Semiestruturada

Para possibilitar a compreensão das características de cada participante e seguir rumo ao objetivo de construir um protocolo de atendimento para as demandas da Bipolaridade e da Depressão, foi realizada uma Entrevista Semiestruturada com cada participante antes do início das atividades grupais, a fim de obter dados sociodemográficos, ocupacionais e de saúde, além de questões relacionadas aos sintomas e habilidades sociais, conforme detalhado na Figura 1.

#### Quadro 2 – Roteiro da Entrevista Semiestruturada.

<b>Entrevista Semiestruturada</b>
<p>1- Dados sobre a saúde:</p> <p>1.1- Está realizando algum tratamento médico? ( ) Sim ( ) Não. Qual?</p> <p>1.2- Hipótese diagnóstica/ CID 10:</p> <p>1.3- Faz uso de medicação de uso contínuo? ( ) Sim ( ) Não. Quais?</p> <p>1.4- Teve alguma reação adversa ao medicamento? ( ) Sim ( ) Não. Quais?</p>
<p>2- Dados sobre a história do paciente:</p> <p>(História pessoal, curso da doença, uso de substância psicoativa, eventos marcantes, interação social)</p>

Fonte: autoria própria.

#### 4.4.2 Escala Baptista de Depressão - A – EBADEP-A (versão adulto)

A Escala Baptista de Depressão Versão Adulto (EBADEP-A) avalia a presença de sintomatologia depressiva nos indivíduos, independentemente de diagnóstico prévio, sendo uma ferramenta útil no rastreamento e no auxílio para detectar transtornos de humor e/ou sintomas clinicamente significativos de depressão. Essa preocupação se deu por causa de alguns fatores, um deles está relacionado à possibilidade de a depressão pode ser diagnosticada com descritores completamente diferentes, ou seja, um indivíduo pode ser

diagnosticado, por uma entrevista estruturada tendo a maior parte de seus sintomas somáticos e outro com sintomas cognitivos e sociais.

Para realizar a avaliação da presença e da intensidade dos sintomas depressivos entre as participantes, foi aplicada a EBADEP-A (Baptista, 2012). Esse instrumento que pode ser utilizado em adolescentes e adultos entre 17 e 81 anos e abarca 28 indicadores, tendo como base o DSM IV (Associação Americana de Psiquiatria, 2002), a 10ª edição da Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID 10) (Wells, 2011), além dos livros “Terapia Cognitiva da Depressão” (Beck et al., 1982) e “Princípios do Comportamento” (Ferster; Culbertson; Boren, 1977).

A Escala fornecia, inicialmente, um tipo de rastreamento mais simplificado dos sintomas depressivos, porém, a sua versão final foi mais robusta, sendo composta por 90 frases dispostas em pares, totalizando 45 itens em formato de escala tipo Likert de quatro pontos, variando de zero a três e contabilizando a pontuação mínima em zero e a máxima em 135 pontos, sendo a menor pontuação indicativa de menor sintomatologia depressiva e a maior com a mesma lógica. Trata-se de um teste autoaplicável, contendo, inicialmente, 75 itens correspondentes aos 26 descritores da sintomatologia depressiva, cujos sintomas podem ser agrupados em sete categorias: humor, vegetativos, motores, sociais, cognitivos, ansiedade e irritabilidade (Baptista, 2012). Diante da importância da avaliação da frequência, da intensidade e da duração dos sintomas depressivos, a Escala Baptista de Depressão Versão Adulto (EBADEP-A) oferece contribuição fundamental para a avaliação dos sintomas de depressão, partindo da construção de itens baseados nos principais manuais psiquiátricos e nas teorias psicológicas mais relevantes e cientificamente comprovadas (cognitiva e comportamental). O objetivo da EBADEP-A é situar o indivíduo em categorias específicas de sintomas de depressão, a saber: sem sintomas ou sintomas mínimos, sintomas depressivos leves, sintomas depressivos moderados e sintomas depressivos severos, em graus crescentes de sintomas, comparados à amostra normativa expressiva.

**Quadro 3** — Classificação sintomatológica do EBADEP-A.

<b>Escala</b>	Sintomatologia Depressiva Mínima (sem sintomatologia)	Sintomatologia Depressiva Leve	Sintomatologia Depressiva moderada	Sintomatologia Depressiva Severa
<b>Pontuação</b>				

<b>obtida na Avaliação EBADEP-A</b>	0 A 59	60 A 76	77 A 110	111 A 135
-------------------------------------	--------	---------	----------	-----------

Fonte: Baptista, 2012.

De acordo com Thompson (1989 apud Calil; Pires, 1998), as principais categoriais de sintomas depressivos são:

**Quadro 4 –** Categorias de sintomas detalhados do EBADEP-A.

Categorias	Sintomas
Humor	Inclui tristeza, perda de interesse e/ou prazer, crises de choro, variação diurna do humor (esta última, às vezes, classificada na categoria de sintomas vegetativos). Essa categoria é essencial para o diagnóstico de depressão.
Vegetativos ou somáticos	Inclui alterações de sono (insônia ou hipersonia) no apetite e no peso; há perda de libido, obstipação e fadiga.
Motores	Inclui inibição ou retardo, agitação (mais em idosos), inquietação.
Sociais	Inclui apatia, isolamento, incapacitação para o desempenho das tarefas cotidianas.
Cognitivos	Inclui desesperança, desamparo, ideias de culpa (que podem chegar a delírios de culpa em depressões psicóticas) e de suicídio, indecisão, perda de <i>insight</i> , isto é, do reconhecimento de que está doente.
Ansiedade	Inclui ansiedade psíquica, somática e fóbica (esta última em poucas escalas)
Irritabilidade	Inclui hostilidade, auto e heterodirigida. A autoagressão associa-se ao risco de suicídio. A irritabilidade também pode ser considerada como parte da categoria de alteração de humor.

Fonte: Thompson (1989 apud Calil; Pires, 1998).

Utilizando a definição de Thompson (1989 apud Calil; Pires, 1998), os itens foram alocados nas categorias propostas, dando uma noção de proporção das categorias na escala como um todo. Dessa forma, é possível saber o que o EBADEP-A prioriza em termos de categorias.

**Quadro 5 –** Distribuição de itens do EBADEP-A por categoria.

Categorias	Nº de Itens	Porcentagem equivalente por categoria (%)
Sociais	8	18

Humor	9	20
Cognitivos	15	33
Vegetativos ou Somáticos	8	18
Motores	2	4,5
Irritabilidade	2	4,5
Ansiedade	1	2
Total:	45	100

Fonte: Thompson (1989 apud Calil; Pires, 1998).

#### 4.4.3 Inventário de Habilidades Sociais - 2 – IHS-2

A escolha pelo uso do Inventário de Habilidades Sociais - 2 se deu pela possibilidade de avaliar as características principais englobadas na compreensão dos comportamentos relacionados a estas capacidades. O seu objetivo é demonstrar o desempenho social em diferentes situações (escola, cotidiano, trabalho, família) e trata-se de um teste composto por 38 itens descritores de relações interpessoais e possíveis reações àquelas situações. A resposta a cada item pode ser classificada de 0 (nunca ou raramente) até 4 (sempre ou quase sempre), em uma escala Likert de 5 pontos, com escore total variando de 0 a 152.

O instrumento foi desenvolvido por Del Prette e Del Prette (2018) e apresenta a seguinte estrutura fatorial: a) Fator 1: Enfrentamento e auto-afirmação; b) Fator 2: Autoafirmação na expressão de sentimento positivo; c) Fator 3: Conversação e desenvoltura social; d) Fator 4: Autoexposição a desconhecidos e situações novas; e) Fator 5: Autocontrole da agressividade. Na aplicação, é solicitado ao indivíduo que avalie a frequência com a qual reage de acordo com a forma sugerida em cada item, levando em conta o total de vezes em que se encontrou em uma situação igual ou semelhante com a descrita.

Fator	Definição
F1 - Conversação assertiva	Habilidades de autoafirmação em situações de enfrentamento com risco potencial de reação indesejável por parte do interlocutor (possibilidade de rejeição, de réplica ou de oposição), como as de iniciar, manter e

	encerrar conversação, lidar com críticas e elogios, abordar autoridades, fazer perguntas e pedir favores a desconhecidos, negociar uso de preservativo que podem requerer, iniciar e manter conversação, falar em público, expressar desagrado e pedir mudança de comportamento.
F2 - Abordagem afetivo- sexual	Habilidades de expressão afetivo-sexual, incluindo iniciar e manter conversação com pessoas recém-conhecidas, apresentar - se, declarar sentimento amoroso e abordar para relação sexual.
F3 - Expressão de sentimento positivo	Habilidades para expressar e lidar com demandas de expressão de afeto positivo diante de familiares e outros, incluindo fazer e agradecer elogios, expressar afeto e amor, conversar com desconhecidos e mesmo lidar com críticas justas e defender outros em grupo
F4 - Autocontrole/enfrentamento	Habilidades para lidar com situações que demandam autocontrole e enfrentamento com risco potencial de reação indesejável por parte do interlocutor (possibilidade de rejeição, de réplica ou de oposição), tais como reagir a críticas injustas, expressar desagrado, discordar em grupo de conhecidos ou pessoas de autoridade, defender alguém que está sendo criticado.
F5- Desenvoltura social	Trata-se de um conjunto de habilidades que se expressam desinibição e “traquejo social” diante de demandas interativas no geral, por isso sobreposto aos demais fatores, resposta a demandas de interação com conhecidos,

	desconhecidos, pessoas, investidas de autoridade e autoafirmação em grupo.
--	--

Figura 2 - Descrição dos fatores do IHS-2 - Fonte: Del Prette; Del Prette (2018).

Sua interpretação pode ser efetuada de acordo com a posição do percentil dos escores (total e subescalas), conforme a tabela abaixo:

Percentil	Interpretação para frequência
76 - 100	Repertório altamente elaborado de habilidades sociais com resultados acima da média para praticamente todos os itens e subescalas em que aparecem. Indicativo de recursos interpessoais altamente satisfatória nesses itens.
66 - 75	Repertório elaborado de habilidades sociais, com resultados acima da média para a maior parte dos itens e subescalas em que aparecem. Indicativo de recursos interpessoais bastante satisfatórias.
36 - 65	Bom repertório de habilidades sociais, com resultados acima da média para a maior parte dos itens ou equilíbrio entre recursos e déficit nesses itens e subescalas em que aparecem.
26 - 35	Repertório médio inferior de habilidades sociais, com resultados abaixo da média em grandes partes dos itens. Indicativo de necessidade de treinamento de habilidades sociais, especialmente naquelas subescalas e itens mais críticos para o ajustamento pessoal e profissional.
01 - 25	Repertório inferior de habilidades sociais. Indicativo de déficit e necessidade de treinamento de habilidades sociais, especialmente naquelas subescalas e itens mais críticos para o ajustamento pessoal e profissional.

Figura 3 - Classificação dos percentis do IHS-2. Fonte: Del Prette; Del Prette (2018).

#### 4.2.4 Relatório de sessão

Como forma de registrar as informações e impressões obtidas durante os encontros do grupo, foi desenvolvida uma estrutura simples para construir o Relatório de Sessão, que foi preenchido ao fim de cada encontro, conforme consta no quadro a seguir.

**Quadro 6** – Modelo do relatório de sessão.

<b>Relatório de Sessão</b>
Data:
Horário:
Local:
Quantidade de participantes:
Tema do encontro:
Relato da sessão:

Fonte: autoria própria.

#### 4.5 Procedimentos

Os procedimentos do trabalho foram iniciados após as devidas autorizações para que a pesquisa e as intervenções fossem realizadas, com a entrega formal da Carta de Anuência ao gerente de saúde do município do Local da Pesquisa e para a gerente de saúde mental, que atua como coordenadora e responsável pela unidade do CAPS I. Em seguida, o projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Católica Dom Bosco (UCDB), e, após a aprovação, a seleção das participantes teve início, com o auxílio do programa E-Saúde. Na primeira filtragem, foram selecionadas 40 mulheres, utilizando como critérios de escolha inicial a faixa etária e o transtorno apresentado.

Logo após esta fase, foi realizado um levantamento documental pelos prontuários de cada uma, com o intuito de verificar quais delas atendiam aos demais critérios estabelecidos anteriormente, o que resultou na escolha de 20 usuárias que se encaixarem em todas as disposições, sendo o próximo passo a execução do convite via telefone para comparecerem à Unidade em um horário previamente agendado para o próximo passo do trabalho.

Nesta data, as participantes compareceram individualmente e, após serem orientadas acerca da pesquisa, seis concordaram em fazer parte do estudo e receberam a Carta para Esclarecimento e Obtenção do Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A). Neste

documento, as participantes podiam consultar todos os dados referentes ao trabalho que seria realizado, com detalhes como a quantidade de encontros previstos para o grupo, o local da pesquisa, as datas e horários planejados para as sessões (sujeito a alterações, conforme a disponibilidade das participantes, feriados e funcionamento da Unidade) e informando que todas receberiam a devolutiva ao final do processo, de forma individual.

Após assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice B), as usuárias aceitaram oficialmente participar da pesquisa e, então, foi realizada a Entrevista Semiestruturada Inicial de forma individual, sendo contabilizada como a primeira ação oficial do trabalho.

As sessões em grupo, sob luz da Terapia Cognitivo-Comportamental, ocorreram uma vez na semana, na sala para atividades do CAPS I, com duração prevista de 60 à 90 minutos, às sextas-feiras, no horário das 09:00 às 10:00 no horário de Mato Grosso do Sul (sofrendo alterações conforme necessário).

Os encontros não foram fotografados, filmados ou gravados, de forma que possa garantir maior confidencialidade e evitar a exposição de questões íntimas das participantes. O registro foi realizado ao final de cada encontro de forma escrita por meio de Relatório de sessão, que foi preenchido após cada uma das sessões em grupo. Cada sessão contava com um período inicial de interação entre as participantes e de monitoramento do humor de cada uma, a partir de perguntas simples para introduzi-las ao movimento do grupo naquele dia e para compreender quais seriam as demandas que poderiam aparecer em cada dia, de acordo com o estado delas.

A partir dos dados obtidos na avaliação pré-intervenção e a mensuração dos sintomas por meio dos testes, foram traçados os objetivos dos encontros, seguindo os princípios da Terapia Cognitivo-Comportamental em grupos, com as devidas adaptações para atender às demandas da pesquisa. Dentre as particularidades para a execução do trabalho, é possível citar a escolha por não estabelecer um cronograma rígido para os encontros, optando pela flexibilidade para se adaptar às adversidades que pudessem acontecer ao longo do tempo e das necessidades percebidas no âmbito específico do grupo, com os seus processos e fenômenos únicos.

No quadro a seguir, é possível observar o cronograma detalhado de cada período de execução do trabalho em grupo, apesar de não existir uma divisão por data, mas, por momentos específicos do processo. Em seguida, cada sessão será percorrida em maiores detalhes, para ampliar a compreensão de como o trabalho foi executado. É válido ressaltar que no Apêndice G, há uma sugestão de protocolo de intervenção em formato de cartilha.

**Quadro 7** – Planejamento dos encontros do grupo.

Fase	Atividade realizada
<b>Pré-grupo</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Seleção das usuárias, de acordo com os critérios de inclusão e exclusão (primeiro contato via telefone)</li> <li>● Elaboração do primeiro encontro.</li> </ul>
<b>Estágios iniciais</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Agendamento de entrevista inicial</li> </ul> <p><b>Avaliação individual:</b> Apresentação da pesquisa, convite para participação e apresentação da Carta (Apêndice A) e do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice B). Entrevista Semiestruturada (Apêndice C)</p> <p><b>1º encontro em grupo:</b> Acolhimento, dinâmica de integração, leitura e assinatura do Contrato Terapêutico (Apêndice E) e aplicação dos testes iniciais (EBADEP-A e IHS-2).</p> <p><b>2º encontro em grupo:</b> Acolhimento, monitoramento de humor e Psicoeducação.</p> <p><b>3º encontro em grupo:</b> Acolhimento, monitoramento de humor e continuidade da Psicoeducação.</p>
<b>Fase de Transição</b>	<p><b>4º encontro em grupo:</b> Compartilhando experiências – o curso de suas patologias.</p> <p><b>5º encontro em grupo:</b> Compartilhando as crises e dificuldades.</p>
<b>Estágio de Trabalho</b>	<p><b>6º encontro em grupo:</b> Relato das estratégias (funcionais ou não) utilizadas para lidar com as questões relacionadas aos transtornos.</p> <p><b>7º encontro em grupo:</b> Demonstração das estratégias funcionais possíveis para as questões apresentadas no 5º e 6º encontros.</p> <p><b>8º encontro em grupo:</b> Execução de exercícios para lidar com pensamentos e comportamentos impulsivos e compulsivos.</p> <p><b>9º encontro em grupo:</b> Discussão sobre a importância das</p>

	Habilidades Sociais. <b>10º encontro em grupo:</b> Habilidades sociais: o que preciso para interagir melhor? <b>11º encontro em grupo:</b> Colocando em prática as habilidades sociais: como utilizar a meu favor?
<b>Fase final</b>	<b>12º encontro em grupo:</b> Análise do grupo e suas consequências para as participantes. <b>13º encontro em grupo:</b> Aplicação do teste e do Questionário de Avaliação (Apêndice F).
<b>Pós-grupo</b>	<b>Devolutiva individual:</b> Após a entrega e apresentação da Dissertação, será realizada a devolutiva individual para as participantes.

Fonte: autoria própria.

No Estágio Inicial do trabalho, foi realizada a avaliação individual, conforme descrita anteriormente, seguido dos três primeiros encontros em grupo, sendo que o primeiro contou com a leitura e assinatura individual do Contrato Terapêutico (Apêndice E), seguido da aplicação dos testes EBADEP-A, para avaliar a sintomatologia depressiva, e o IHS-2, para verificar questões relacionadas às Habilidades Sociais. A partir do 2º encontro, foi iniciada uma nova estrutura, em que havia um momento de interação inicial entre as participantes, em que conversavam sobre o que havia ocorrido na semana e estavam livres para trazer conteúdos que não estivessem diretamente ligados ao tema do encontro, o que permitiria a compreensão de diversos aspectos que poderiam ser trabalhados em grupo a partir dali. Além disso, cada encontro a partir deste contou com o monitoramento de humor das participantes, feito pela mediadora a partir de perguntas simples, a fim de compreender as possibilidades de atuação, de acordo com o estado delas. Quanto à psicoeducação, foram dispostas três folhas de papel *kraft* na parede, contendo os nomes dos transtornos que embasam este trabalho, e elas foram questionadas, de início, se sabiam quais sintomas pertenciam a cada um, como o impulso para dar início à roda de conversa, onde foram discutidos os aspectos sintomatológicos e a percepção individual dos sintomas em cada uma.

Na fase de transição, o 4º encontro teve como objetivo abrir espaço para que as participantes compartilhassem as suas experiências com o decurso dos seus transtornos e como percebem os impactos das próprias vidas. Para dar continuidade na compreensão das vivências patológicas delas, o 5º encontro teve como proposta compartilhar como se davam

as crises e quais eram as possíveis estratégias de enfrentamento para os sintomas elencados no 3º encontro e, ao final, foi passada uma atividade para casa, em que foram convidadas a elencar os seus sinais e sintomas mais comuns antes e durante as crises.

No estágio de trabalho, o 6º encontro foi concebido para que as participantes pudessem relatar quais estratégias poderiam ser utilizadas para enfrentar os impactos dos transtornos em suas vidas, a partir das discussões proporcionadas pela tarefa da sessão anterior e pelo recurso visual dos cartazes confeccionados no 3º encontro. Ao final, foi sugerido um modelo de calendário de rotina, com o objetivo de auxiliá-las a manter uma rotina mais organizada, a partir da visualização dos afazeres de forma objetiva, incluindo o monitoramento do humor, hábitos de relaxamento e de higiene do sono.

O 7º encontro permitiu que as participantes pensassem de uma maneira mais prática sobre a aplicação das estratégias concebidas nas sessões anteriores e com base nas vivências individuais de cada uma em relação ao transtorno. Dessa forma, o objetivo era propor reflexões que permitissem a construção de novos significados diante da patologia, ultrapassando a visão focalizada nos impactos negativos em suas vidas. Em seguida, o 8º encontro trouxe como proposta a elaboração de exercícios para lidar com pensamentos e comportamentos impulsivos e compulsivos de forma mais saudável.

No 9º encontro, foi o momento de discutir acerca da importância das Habilidades Sociais para a manutenção das suas relações interpessoais e os seus impactos em outras esferas da vida. Para isso, as participantes foram convidadas a escreverem em uma folha em branco sobre as angústias, situações e emoções que causavam sentimentos desconfortáveis e, logo após, foram orientadas a balançá-las, como se estivesse abanando. Após isso, foram orientadas a amassar as folhas e, depois de seguirem a ordem, a mediadora propôs que elas pensassem naqueles objetos a partir dos conteúdos ali contidos. Quando terminaram esta parte, as participantes foram provocadas a desamassar os papéis e observar a integridade do que estava escrito, sendo uma ação realizada com o intuito de demonstrar a aplicação das estratégias de enfrentamento como uma forma de melhoria dos problemas e não a solução definitiva. Antes de encerrar e com o objetivo de introduzir a proposta da sessão seguinte, as participantes foram convidadas a fazer as ações contidas em papéis dispostos em uma “caixa misteriosa”, que trazia sugestões como “conte uma piada” ou “imite um gato”. A ideia principal era favorecer as trocas entre o grupo em uma dinâmica leve e divertida, enquanto o trabalho principal pudesse ser continuado.

O 10º encontro trouxe como proposta a descrição das dez Habilidades Sociais básicas e importantes para executar interações e, para além do propósito educativo, as participantes

puderam refletir sobre a aplicação de cada uma em suas vidas e compartilhar as suas experiências e possíveis dificuldades. Nesta sessão foram abordadas apenas quatro Habilidades Sociais e o restante ficou para a próxima semana, porém, antes de saírem, a mediadora sugeriu que elas tentassem aplicar alguma das habilidades no cotidiano e compartilhassem a experiência depois. No 11º encontro, além de relatarem sobre as impressões dispostas pela atividade da sessão anterior, foi finalizada a descrição e orientação sobre as Habilidades Sociais e, por fim, foram convidadas a refletir sobre quais delas são mais desafiadoras para cada uma, sendo reafirmada a importância de exercitarem novamente alguma das habilidades, como na sessão anterior.

Ao chegar na fase final do grupo, o 12º encontro serviu como um momento de analisarem a trajetória percorrida ao longo das atividades e as mudanças percebidas por cada uma em relação aos transtornos, suas compreensões, capacidades desenvolvidas e o decurso das patologias durante esse período. No último encontro, ocorreu apenas a aplicação final dos testes EBADEP-A e IHS-2, além do Questionário de Avaliação (Apêndice F), para obter dados mais aprofundados sobre as percepções das participantes diante do trabalho realizado ao longo de tantas semanas.

Por fim, está previsto que a devolutiva ocorra apenas depois da publicação do presente trabalho, de forma individual e, caso seja necessário, a responsável pela pesquisa realizará os devidos encaminhamentos para outras atividades ofertadas na Unidade e comandadas por outros profissionais e/ou iniciará um atendimento psicológico individual.

#### 4.6 Análise de Dados

Após a etapa de execução do grupo psicoterapêutico, da aplicação dos testes e das entrevistas, todas as informações e impressões obtidas ao longo do processo puderam ser analisadas a partir da Teoria Cognitivo-Comportamental, a fim de compreender os fenômenos pré e pós-intervenções. Os resultados obtidos nos testes puderam ser comparados pela aplicação no início e ao final do trabalho, para aprofundar as observações acerca dos comportamentos de cada participante e verificar se houve ou não alteração nos aspectos propostos. Também foi realizado um comparativo, por meio dos relatórios de sessão e fragmentos das falas das mulheres, sempre respeitando o sigilo e confidencialidade de cada uma, com o intuito de exprimir informações fiéis ao que ocorreu durante o período de atuação junto ao grupo.

Por se tratar de uma pesquisa regida pelo método de Estudo de caso, que visa estudar

e investigar com profundidade um fenômeno que ocorre apenas no momento em que a pesquisa é realizada e permite a preservação do seu caráter unitário, sem separá-lo de seu contexto (Gil, 2002). Outras etapas importantes para reconhecer os aspectos necessários para o desenvolvimento do presente trabalho dizem respeito ao reconhecimento da adequação do estudo, a seleção e análise dos casos, a coleta e análise dos dados, o que tornou possível explorar uma série de questões latentes de maneira individual ou grupal.

Os dados obtidos durante todo o percurso metodológico foram analisados de acordo com um processo rigoroso, que envolveu a organização e preparação das informações, seguido pela transcrição dos resultados em formato textual. Em seguida, foi realizada uma análise, interpretação e comparação dos resultados, com base no referencial teórico adotado. Por fim, foram elaboradas as conclusões e verificadas as hipóteses para o futuro das participantes e para o uso do protocolo que se buscou desenvolver ao longo da pesquisa.

#### 4.7 Aspectos Éticos

A pesquisa seguiu os aspectos éticos à norma da Lei 14.874/2024, da Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012 (Brasil, 2012), e da Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016 (Brasil, 2016), que resguardam acerca da realização de estudos com seres humanos. De acordo com as disposições, a produção científica deve implicar em benefícios atuais ou potenciais para o ser humano, para a comunidade na qual está inserido e para a sociedade, possibilitando a promoção de qualidade de vida a partir do respeito aos direitos civis, sociais, culturais e a um meio ambiente ecologicamente equilibrado.

Os procedimentos de intervenção foram iniciados apenas após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Católica Dom Bosco (UCDB), ocorrida no dia 10 de junho de 2024, conforme demonstra o Certificado de Apresentação de Apreciação Ética (Anexo 1), sob o nº 78864524.1.0000.5162, quando, então, foi realizada a seleção das participantes.

Depois de terem sido selecionadas, foi realizado o convite para a participação na pesquisa para aquelas que concordaram com as condições de sua execução. Tais dados foram repassados com a apresentação da Carta para Esclarecimento e Obtenção do Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A), além de ser solicitada a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice B). O Termo conta com a justificativa, objetivos, procedimentos, esclarecimentos e explicitações acerca de possíveis

riscos gerados pelo trabalho, além das cautelas que devem ser empregadas para evitar situações danosas ocorram, considerando as características de cada membro, bem como os benefícios esperados para a sua participação.

Conforme consta na referida Carta e no Termo, as participantes foram informadas que a sua presença nas atividades deveria ocorrer de forma voluntária e sem custo, o que não lhes implicaria em qualquer consequência financeira antes, durante ou depois da execução das intervenções, sendo que as despesas referentes ao trabalho estavam previstas no cronograma de desembolso financeiro da Unidade e, sob hipótese nenhuma recairia, para as mesmas.

Também foi destacada a liberdade que cada uma tinha em retirar-se do estudo a qualquer momento, sem qualquer prejuízo, punição ou atitude preconceituosa, afinal, o sigilo é assegurado em qualquer etapa do processo. Entretanto, por conta dos objetivos do trabalho, foi necessário estabelecer uma orientação para que não saíssem dos outros tipos de acompanhamento de saúde nos quais estavam participando para além do grupo, mesmo que estivessem sujeitas a receber suporte emocional individual quando fosse solicitado.

Como meio para a preservação da identidade, as participantes não foram identificadas pelos nomes e, desta forma, optou-se por designá-las a partir das letras do alfabeto (A, B, C, D, E e F). Os dados obtidos e analisados ao longo do percurso metodológico serão publicizados para a apresentação pública no meio científico, informação que constava no Termo de Consentimento assinado por todas, além de existir a possibilidade de veiculação posterior dos resultados em livros, ensaios e/ou artigos científicos publicados em revistas especializadas e/ou eventos científicos.

Por fim, as devolutivas, que são parte essencial para concluir um trabalho científico com seres humanos, ocorrerão de forma individual, apenas após entrega e apresentação do presente trabalho e, caso seja necessário, a pesquisadora realizará os encaminhamentos disponíveis e adequados dentro da Unidade ou para outros setores da rede.

## **5. RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Ao longo desta seção serão descritos e discutidos os dados relacionados às intervenções realizadas com as participantes da pesquisa. De início, serão abordadas as informações obtidas a partir das entrevistas semiestruturadas, como os dados sociodemográficos, ocupacionais e de saúde, além de questões relacionadas aos sintomas psicopatológicos e habilidades sociais. Em seguida, será realizada uma comparação individual das participantes com as informações coletadas na aplicação dos testes iniciais, incluindo os fragmentos dos seus relatos pré e pós-intervenção, de acordo com os protocolos indicados, com o objetivo de amparar as observações dessas mulheres sobre o processo, posteriormente uma análise da coesão grupal.

Dessa forma, será possível construir um panorama detalhado do trabalho que foi realizado, além de permitir a observação da realidade das participantes, de acordo com as vivências com algum dos transtornos mentais abordados. Por isso, ao final será realizada uma comparação final com todos os resultados antes e depois das intervenções, com o intuito de demonstrar de uma forma mais organizada os resultados alcançados pela pesquisa.

### 5.1 Entrevista semi-estruturada e comparativo dos resultados obtidos pré e pós intervenção individualmente.

Abaixo, está apresentada a tabela com a frequência de participação das participantes ao longo dos encontros e, em seguida, serão apresentadas as entrevistas e os dados obtidos na aplicação inicial e final do Inventário de Habilidades Sociais 2 e da Escala Baptista De Depressão – Versão Adulto a partir de um comparativo entre os resultados, além da análise individual de cada participante.

**Quadro 08 --** Lista de presença das participantes nos encontros.

<b>Datas</b>	<b>Participante A</b>	<b>Participante B</b>	<b>Participante C</b>	<b>Participante D</b>	<b>Participante E</b>	<b>Participante F</b>
26/07/2024	X	-	X	X	X	X
02/08/2024	-	-	X	-	X	-
09/08/2024	X	-	X	-	-	-
16/08/2024	X	-	X	-	-	-
23/08/2024	-	-	X	X	X	-
30/08/2024	X	-	X	-	X	X

06/09/2024	X	-	X	X	X	-
13/09/2024	X	-	-	-	X	X
20/09/2024	-	-	X	X	-	X
27/09/2024	-	-	X	-	X	X
04/10/2024	-	-	X	-	-	X
09/10/2024	X	-	X	-	-	X
14/10/2024	X	-	X	-	X	X
<b>Total de presenças</b>	<b>8</b>	<b>0</b>	<b>12</b>	<b>4</b>	<b>8</b>	<b>8</b>

Fonte: autoria própria.

### **5.1.1.1 Participante A**

Participante do sexo feminino, tem 34 anos, está solteira e possui Ensino Médio completo. Ela havia recebido uma prescrição medicamentosa para lítio (300 mg), depakene (500 mg), escitalopram (10 mg) e alprazolam (1 mg) no último atendimento médico feito antes do início da sua participação na pesquisa, em agosto de 2024 e estava no processo de adaptação medicamentosa. A sua hipótese diagnóstica é de CID 10: F31 (Transtorno Afetivo Bipolar), ainda com presença de muitos sintomas.

A participante é tabagista e citou uso eventual (duas a três vezes no mês) de álcool. Ela iniciou acompanhamento psicológico individual de maneira particular, porém, por conta de questões financeiras, foi necessário interromper o processo. Anteriormente, fazia acompanhamento médico em uma Unidade Básica de Saúde, em decorrência de sintomas relacionados à tristeza, choro frequente, falta de motivação para realizar as atividades do dia a dia. Após alguns eventos estressantes no seio familiar, percebeu um aumento na intensidade e frequência dos sintomas, como a agressividade, impulsividade, esquecimento, irritabilidade e nervosismo intensos e foi encaminhada para CAPS I.

Iniciou o acompanhamento psiquiátrico no CAPS em 2022, após enfrentar os eventos citados anteriormente, relacionados ao falecimento de sua avó, que coincidiu com a separação de seu antigo companheiro no mesmo dia em que houve essa perda. Para compreender a realidade do relacionamento, a participante relatou que, em uma discussão, chegou a jogar álcool no companheiro, ameaçando atear fogo no mesmo, porém, alegou não ter “noção da gravidade” no momento. Também era comum que ela quebrasse objetos de sua residência, além de apresentar uma compulsão frequente por compras, gerando dívidas maiores do que conseguia pagar. Entretanto, apenas depois de apresentar sintomas

depressivos mais intensos, foi encaminhada para o acompanhamento no CAPS, devido a presença de pensamentos suicidas, apesar de não possuir ideações no período em que participou da pesquisa.

A precisou se afastar do trabalho por tempo indeterminado, tendo em vista que atuava como vigia noturna em uma empresa de grãos e ficava sozinha no local de trabalho durante todo o expediente, o que é considerado perigoso para a sua integridade e a de terceiros. Na entrevista, as suas queixas estavam muito ligadas à dificuldade de lidar com a separação e de relacionar-se com outras pessoas, além das consequências da prevalência do humor depressivo e a falta de perspectivas quanto ao próprio futuro profissional. Sua rede de apoio é ativa composta pela família, formada pela mãe, padrasto e tios.

Tabela 1: Comparativo das aplicações IHS-2 da participante A.

<b>1ª aplicação (26/07/2024)</b>			<b>2ª aplicação (09/10/2024)</b>		
<b>Escore</b>	<b>Pontos</b>	<b>Percentil</b>	<b>Escore</b>	<b>Pontos</b>	<b>Percentil</b>
Geral	38	1	Geral	46	2
F1	23	10	F1	17	5
F2	0	3	F2	0	3
F3	12	1	F3	20	15
F4	3	1	F4	9	25
F5	4	3	F5	47	3

Fonte: autoria própria.

De acordo com a tabela 1, é possível observar que os percentis relacionados às duas aplicações do teste concentram-se em um resultado de repertório inferior no que diz respeito às questões de Habilidades Sociais, com um indicativo de déficit e necessidade de treinamento de Habilidades Sociais, especialmente nas subescalas e itens mais críticos para o ajustamento pessoal e profissional.

Na primeira aplicação, o escore geral da participante (38) foi inferior ao escore geral da segunda aplicação (46). A pontuação e o percentil demonstrados, embora ainda sejam considerados inferiores, segundo os critérios de avaliação, mostram que houve uma considerável alteração, tendo em vista as intervenções realizadas. Assim, é seguro afirmar que a participante conseguiu avançar consideravelmente no que diz respeito ao desenvolvimento das suas Habilidades Sociais.

Quando se examina os escores fatoriais , é possível verificar que a participante A, apresentou o maior comprometimento no desempenho relacionado as habilidades do F2 (Abordagem afetivo Sexual) sendo 0, habilidades das quais , segundo a descrição da mesma, condiz com suas maiores dificuldades tendo em vista que foi relatada a percepção de seu transtorno após desentendimento com o esposo, o impulso em causar dano ao mesmo e a dificuldade em gerenciar as emoções. É válido observar na segunda aplicação, do teste que F1 (Conversação assertiva) de 23 para 17, obteve um resultado inferior a primeira aplicação, tendo em vista a situação vivenciada pela participante com sua tia e relatada no encontro 13, foi possível observar quais motivos interferiram diretamente na diminuição de seu percentil.

**Quadro 9** — Classificações finais da 1ª avaliação da EBADEP-A para a Participante A.

<b>PONTOS</b>	<b>PERCENTIL</b>	<b>CLASSIFICAÇÃO</b>
94	96	SINTOMATOLOGIA DEPRESSIVA MODERADA

Fonte: autoria própria.

Na primeira avaliação, a participante A foi submetida à EBADEP-A e obteve uma pontuação bruta de 94 pontos, o que corresponde ao percentil de 96 e pode ser classificado como uma sugestão de que ela se encontra na categoria de sintomatologia depressiva moderada.

Tabela 2: Pontuação item por item da 1ª aplicação da EBADEP-A para a Participante A.

<b>Categorias</b>	<b>Pontuação</b>
Sociais	11
Humor	22
Cognitivos	29
Vegetativos ou Somáticos	18
Motores	4
Irritabilidade	6
Ansiedade	3

Fonte: autoria própria.

Quanto à pontuação item por item da primeira aplicação da Escala, a participante obteve pontuações consideráveis nas categorias de Humor (22), Cognitivos (29) e Vegetativos ou Somáticos (18).

## 2º avaliação

**Quadro 10** — Classificações finais da 2ª avaliação da EBADEP-A para a Participante A.

<b>PONTOS</b>	<b>PERCENTIL</b>	<b>CLASSIFICAÇÃO</b>
105	98	SINTOMATOLOGIA DEPRESSIVA MODERADA

Fonte: autoria própria.

Na segunda avaliação, ela obteve uma pontuação bruta total de 105 pontos, o que corresponde ao percentil de 98. Este resultado sugere que a participante continua incluída na classificação de sintomatologia depressiva moderada. Nessa categoria, as pessoas podem apresentar um nível de sofrimento psicológico significativo e/ou limitações importantes para o desempenho de atividades laborais e/ou escolares.

Tabela 3: Pontuação item por item da 2ª aplicação da EBADEP-A para a Participante A.

<b>Categorias</b>	<b>Pontuação</b>
Sociais	12
Humor	25
Cognitivos	36
Vegetativos ou Somáticos	20
Motores	4
Irritabilidade	6
Ansiedade	2

Fonte: autoria própria.

É importante notar que houve um aumento na pontuação, se for levada como referência a primeira aplicação do teste, pois as categorias de maior pontuação permaneceram altas, porém, no quesito da ansiedade, houve diminuição da pontuação, afinal, ela estava em processo de adequação medicamentosa. É válido ressaltar que a participante viajou para cidade de sua tia durante o período dos encontros, e ao retornar relatou que não estava bem.

## **Análise da trajetória individual da participante**

Esta participante apresentou uma trajetória grupal de conexão com a proposta e com as colegas, além de ter aproveitado o espaço seguro para refletir sobre os desafios de conviver com o Transtorno Bipolar e os seus impactos gerais (participou de 8 encontros - quadro 08). Quanto a relação com a filha, a participante destacou por diversas vezes como foi desafiador lidar com as suas mudanças de humor ao longo da vida, porém, com o tempo ela aprendeu a reconhecer os sinais mais sutis de que o seu estado estava se modificando. A também destacou que a filha é “muito compreensiva” (sic) e sempre a incentiva a buscar ajuda profissional quando não está bem, por saber que é o caminho mais seguro para enfrentar os sintomas.

Por se tratar de um diagnóstico ainda pouco entendido por grande parte da população, em especial pela banalização de que a bipolaridade significa apenas uma série de mudanças de comportamento intensas em um curto período, existem muitas barreiras para que o manejo dos sintomas sejam adequadamente executados. O cenário fica ainda mais complexo quando entra o papel da rede de apoio para o enfrentamento da patologia, afinal, muitos podem desacreditar da condição pela apresentação dos ciclos de humor, mesmo quando percebem que as fases depressivas e de mania são muito intensas, portanto, quando o indivíduo consegue apoio e compreensão de pessoas próximas para incentivá-la a continuar buscando ajuda, a trajetória pode ser menos difícil (Sales Netto et al., 2024).

Em contrapartida, ao lembrar os conflitos ocorridos com o ex-marido, a participante apresenta maior consciência acerca da gravidade das situações que levaram ao fim do relacionamento, que sempre foi cheio de questões problemáticas que pioraram conforme os seus sintomas se agravaram. Ao lembrar o evento mais marcante, em que jogou álcool no ex-companheiro durante uma briga e, como forma de desacreditar da sua capacidade de fazer aquilo, A foi desafiada pelo mesmo, a riscar o fósforo e atear fogo nele, ela afirmou que percebe a gravidade do caso, afinal, mesmo que tenha “achado graça” de tudo no momento, “hoje, ao contar em voz alta, sei que não tem graça e que poderia ter matado ele e estar presa” (sic).

A impulsividade e a dificuldade em compreender os riscos dos próprios atos são colocadas por Sales Netto e colaboradores (2024) como algumas das características comuns para o Transtorno Bipolar, em especial nos ciclos de mania, quando o julgamento fica afetado. Em casos mais intensos, os riscos podem ser maiores, envolvendo questões como a integridade do indivíduo ou de terceiros, como é o caso da participante. Por conta disso, fica claro o motivo para ela não ter entendido a gravidade do que estava prestes a fazer até estar em um estado eufórico e perceber o perigo no qual expôs a si e a outra pessoa.

Ainda no âmbito familiar, a participante trouxe um relato marcante em um dos últimos encontros, quando precisou viajar para outra cidade para cuidar de uma tia, que estava passando por problemas de saúde, porém, se arrependeu da sua decisão em ficar alguns dias para oferecer suporte para ela, pois foi um motivo de desestabilização dos seus sintomas, por conta do cansaço e da mudança intensa de rotina. Neste momento, ela foi acolhida por outras participantes, e diante de tal situação, foi possível suscitar uma reflexão sobre a necessidade de compreender e respeitar os próprios limites para dar continuidade no enfrentamento dos sintomas, afinal, é uma jornada complexa e, por vezes, exaustiva que precisa ser levada um dia de cada vez.

Nesse sentido, a participante relatou diversas situações em que a clareza sobre a sua condição e necessidades de cuidado trouxeram uma grande mudança na sua realidade com o transtorno, começando pela sua saída do emprego como vigia noturna, que foi um baque financeiro, pela perda da fonte de renda principal, porém, por entender o que se passa foi possível lidar com os seus sintomas e ciclos, tem conseguido lidar com tudo isso e tenta reconstruir a sua vida, contornando os desafios que se apresentam da forma que consegue.

Com inspiração nas reflexões de Sales Netto e colaboradores (2024), é possível afirmar que grande parte do tratamento do Transtorno Bipolar perpassa pela construção da autonomia do indivíduo diante da própria condição, observando as dificuldades não como empecilhos para tentar viver uma vida mais equilibrada e funcional, mas, sim, como característica que precisa ser levada em consideração no processo de assumir as responsabilidades. Além disso, a busca constante por aspectos que tragam novos significados para a vida, ao mesmo tempo em que se vive um dia de cada vez, enfrentando os novos desafios que surgirem com as ferramentas disponíveis, são questões essenciais para o cuidado desse transtorno e de muitos outros transtornos.

#### **5.1.1.2 Participante B**

Participante participou da entrevista, porém não compareceu aos encontros (foi retirada da pesquisa).

#### **5.1.1.3 Participante C**

Participante do sexo feminino, tem 42 anos, é viúva e possui Ensino Fundamental incompleto, com os estudos interrompidos no 8º ano. Ela referiu utilizar medicamentos prescritos em seu atendimento médico mais recente, em agosto de 2024, fazendo uso de

abretia (30 mg), propranolol (40 mg), pregabalina (150 mg) e alprazolam (1 mg). A sua hipótese diagnóstica é de CID 10: F31 (Transtorno Afetivo Bipolar) e estava passando por uma fase eutímica no momento da entrevista, ou seja, em um período mais estável e sem tantas oscilações de humor. Ela era tabagista e não fazia uso de álcool e outras substâncias.

Iniciou o tratamento psiquiátrico em 2011, devido a dificuldades no relacionamento com o esposo, que era abusivo, controlador e dependente químico, além de ter o diagnóstico de Transtorno Bipolar, segundo ela. Na época, ela sentia uma tristeza intensa e ideias suicidas e foi logo após a abertura do CAPS na cidade, que iniciou o acompanhamento psiquiátrico, pouco tempo depois, o seu esposo sofreu uma overdose e veio a óbito. A situação foi ainda mais intensa para a participante por ter descoberto que ele estava acompanhado por outra mulher quando faleceu, o que gerou muita revolta e raiva nela. Porém, no momento da entrevista, afirmou que era capaz de lidar com a morte do esposo com uma maior tranquilidade e que não estava mais revoltada como antes.

Quanto ao seu diagnóstico, ela afirmou que viveu diversos períodos de oscilação de humor em sua vida, em que passava por fases em que se sentia muito triste, sem forças para levantar da cama para ir ao trabalho, seguido de outros momentos em que assumia muitas ocupações e trabalhava muito mais do que habitual, além de apresentar uma compulsão por compras, na época da entrevista disse que estava mais controlada, até porque seu nome estava “sujo”. No âmbito financeiro, passou por muitas dificuldades após o falecimento do esposo, por ter sido um evento que a desestabilizou, se viu sem perspectivas para se sustentar e, por isso, precisou buscar alguns “bicos” para complementar a renda principal, vinda da pensão de morte do esposo, que estava em grande parte comprometida por causa dos empréstimos adquiridos em momentos de desespero. Ela também precisou ser internada quatro vezes por conta de crises depressivas e maníacas.

Nesse momento, ela também enfrentava o desafio de tentar manter um bom relacionamento com as duas filhas, sendo uma de 20 anos e a outra de 17 anos. Elas também estavam em acompanhamento psiquiátrico, sendo que a mais velha também possui o diagnóstico de Transtorno Bipolar (CID10: F31), enquanto a mais nova convive com o Transtorno Depressivo (CID 10: F32). No período de execução da entrevista, a participante afirmou que estava enfrentando dificuldades para lidar com a própria instabilidade e das filhas, o que prejudicou consideravelmente a relação entre elas. Por estar em uma fase eutímica, tentava aproveitar a diminuição dos sintomas para buscar outras formas de trabalho para complementar a renda, porém, sempre tentando respeitar os seus limites.

Tabela 2: Comparativo das aplicações IHS-2 da participante C.

1ª aplicação (26/07/2024)			2ª aplicação (09/10/2024)		
Escore	Pontos	Percentil	Escore	Pontos	Percentil
Geral	64	25	Geral	71	40
F1	30	45	F1	31	45
F2	3	30	F2	5	60
F3	23	15	F3	22	10
F4	6	10	F4	12	45
F5	13	25	F5	14	35

Fonte: autoria própria.

De acordo com a tabela 2, é possível observar que o percentil obtido na 1ª aplicação (25) do Inventário com a participante C demonstram um resultado de repertório inferior no que diz respeito às questões de Habilidades Sociais, com um indicativo de déficit e necessidade de treinamento de habilidades sociais. Porém, na 2ª aplicação (40), o percentil aumenta consideravelmente, de maneira que a participante passa a demonstrar bom repertório de habilidades sociais, com resultados dentro da média para maior parte dos itens ou equilíbrio, entre recursos e deficit nesses itens e subescalas em que aparecem.

Ao observar os escores fatoriais, é possível notar que houve um aumento nas habilidades relacionadas ao F2 (Abordagem afetivo-sexual) de 3 para 5 e F4 (Autocontrole/enfrentamento) de 6 para 12, conforme relata no encontro 12, no autocontrole em relação a lidar com suas filhas, expressar desagrados de maneira mais assertiva e empática. Embora de modo geral a mesma tenha apresentado aumento no percentil geral, no F3 (Expressão de sentimento positivo), houve diminuição em sua pontuação, porém não foi observado em suas falas nos encontros.

Dessa forma, os resultados obtidos nas duas aplicações apresentam grande diferença, o que demonstra uma considerável alteração devido as intervenções realizadas. Assim, trata-se de mais um caso em que as intervenções praticadas ao longo dos encontros em grupo pode explicar a mudança positiva nos seus resultados.

**Quadro 11** — Classificações finais da 1ª avaliação da EBADEP-A para a Participante C.

PONTOS	PERCENTIL	CLASSIFICAÇÃO
120	99	SINTOMATOLOGIA

		DEPRESSIVA SEVERA
--	--	-------------------

Fonte: autoria própria.

A participante foi submetida à EBADEP-A e obteve uma pontuação bruta total de 120 pontos, o que corresponde ao percentil 99. Os resultados sugerem que a participante encontra-se na classificação de sintomatologia depressiva severa, na qual os indivíduos podem apresentar sofrimento psicológico significativo e/ou limitações importantes para o desempenho de atividades básicas do dia a dia.

Tabela 5: Pontuação item por item da 1ª aplicação da EBADEP-A para a Participante C.

<b>Categorias</b>	<b>Pontuação</b>
Sociais	18
Humor	24
Cognitivos	45
Vegetativos ou Somáticos	18
Motores	6
Irritabilidade	6
Ansiedade	3

Fonte: autoria própria.

No que diz respeito à avaliação item por item, a participante obteve resultados significativos nas categorias de Humor (24), Cognitivos (45) e Vegetativos ou Somáticos (18).

**Quadro 12** — Classificações finais da 2ª avaliação da EBADEP-A para a Participante C.

<b>PONTOS</b>	<b>PERCENTIL</b>	<b>CLASSIFICAÇÃO</b>
45	52	SINTOMATOLOGIA DEPRESSIVA MÍNIMA (SEM SINTOMATOLOGIA)

Fonte: autoria própria.

A participante foi submetida à EBADEP-A e obteve uma pontuação bruta total de 45 pontos, que corresponde ao percentil 52. Esse resultado sugere que a participante conseguiu

diminuir os sinais que indicavam uma sintomatologia depressiva e apresenta uma remissão dos sintomas, sendo um sinal muito positivo do processo de intervenções ocorridas no período entre as avaliações.

Tabela 6: Pontuação item por item da 2ª aplicação da EBADEP-A para a Participante C.

<b>Categorias</b>	<b>Pontuação</b>
Sociais	6
Humor	5
Cognitivos	14
Vegetativos ou Somáticos	12
Motores	2
Irritabilidade	2
Ansiedade	3

Fonte: autoria própria.

Quanto à pontuação item por item na segunda aplicação, é inegável a mudança significativa obtida nos resultados de Humor, Cognitivos e Vegetativos ou Somáticos, o que é explicado pela remissão de alguns sintomas, conforme indicado pela classificação sintomatológica

### **Análise da trajetória individual da participante**

A participante C, foi a única que vivenciou os aspectos do grupo mais próxima da totalidade ( participou de 12 encontros - quadro 08). Dentre os fatos importantes da sua trajetória que podem ser compartilhados, o primeiro diz respeito à reação adversa da participante C no encontro inicial em grupo, quando ocorria a aplicação do teste EBADEP-A. Ela começou a chorar quando leu as perguntas do questionário e apesar de não ter detalhado os motivos para tal comportamento, foi acolhida imediatamente pela mediadora, que sugeriu que ela voltasse para uma aplicação individual, porém, enquanto as outras participantes respondiam, a participante conseguiu se acalmar e finalizou o teste.

É impossível afirmar com certeza os motivos para a reação da participante C, tendo em vista que não houve uma comunicação clara por parte dela, porém, algumas possibilidades podem ser abordadas. Entretanto, o ponto que será abordado diz respeito ao conteúdo das questões da EBADEP-A, que conta com frases dicotômicas dispostas em pares,

para que os indivíduos classifiquem com qual se identifica mais naquele momento e, a partir das bases de compreensão da sintomatologia depressiva sob a qual o teste foi concebido, reações como essa são esperadas, a depender da vulnerabilidade emocional, do estado atual do transtorno e das questões pessoais associadas naquele momento, o que pode gerar uma reação emotiva como essa.

Inclusive, é importante destacar alguns relatos salientados por conta da aplicação dos testes a partir do 2º encontro, pois as participantes puderam compartilhar questões que trouxeram lembranças de situações e sentimentos que viveram em outros momentos e serviu como uma ação essencial para a construção do vínculo entre o grupo, afinal, foi possível conhecê-las mais a fundo, além de demonstrar que, a partir das suas histórias de vida, estavam presentes algumas ferramentas para explicar e conceber as estratégias de enfrentamento para o futuro.

Conforme pontuado ao relatar as suas dificuldades em estabelecer limites e as consequências disso em sua vida, ela refletiu que “(...) mesmo não estando bem, se alguém pede algo para mim eu me sacrifico e tento fazer tudo pela pessoa; depois eu fico passando mal (...)” (sic). A falta de compreensão sobre os próprios limites pode gerar situações desagradáveis para as pessoas, portanto, receber o acolhimento das outras participantes, que pontuaram sobre a importância de aprender a se respeitar, de forma que ao adotar tal postura promove seu autocuidado, em especial diante de tantos desafios enfrentados por elas.

Outro tópico marcante da trajetória da participante diz respeito à forma como o diagnóstico das suas filhas afeta a dinâmica familiar, pois sente que elas não levam em consideração as suas preocupações e orientações para se cuidarem, gerando conflitos de comunicação entre elas. A participante ainda pontua como essa situação a deixa “desestabilizada” e, pelo seu senso de cuidado, afirma ter “vontade de obrigar elas comparecerem nas consultas, para entender como funciona” (sic), mas compreende que não seria uma atitude prudente, por tirar a autonomia delas em buscar ajuda.

Para discutir sobre a questão, é necessário retomar os postulados de Sales Netto e colaboradores (2024), em que apontam como o papel de apoio da família em casos de transtornos de humor é complexo, pois existe um senso de cuidado em que, muitas vezes, os parentes mais próximos tentam assumir mais responsabilidades do que lhe cabem quanto às atitudes da pessoa diante da própria condição, porém, existem muitos riscos ao fazer isso, afinal, caso a participante obrigasse as filhas a buscar o tratamento de acordo com as suas concepções do que funcionou para si em outras ocasiões, poderia gerar um agravamento dos sintomas e um rompimento na relação entre todos.

Além disso, é possível pontuar que o fato de verificarem a forma como a mãe se comporta e os problemas enfrentados direta ou indiretamente por conta do transtorno podem gerar uma imagem fragilizada da figura materna e, talvez, explicar parte da resistência em acatar as suas opiniões sobre o tratamento. Apesar de ser possível observar a questão por essa ótica, é inegável que um contexto familiar complexo como o da participante C não acataria respostas simples e absolutas, portanto, seria imprudente ignorar os impactos mútuos que os diagnósticos trazem para a vida de cada componente do núcleo, mesmo que esse não seja o foco deste debate.

Como uma forma de observar um outro lado das histórias contadas pela participante, é possível destacar o seu relato sobre uma internação pela qual passou devido a uma crise de mania e, por estar entediada no hospital, fugiu e foi até uma loja de departamentos para comprar uma televisão de 75 polegadas, com pedido para entrega no hospital, na esperança de que a família não ficasse sabendo para não ter chance de impedir. Entretanto, quando o aparelho chegou, os familiares levaram para casa e anunciaram para venda, por não ter condições de pagar as prestações. Segundo ela, “hoje tenho mais consciência e também mesmo querendo comprar, não tenho condições, pois meu nome está sujo” (sic).

Toda a situação demonstra como a família foi impactada pelos seus sintomas e atitudes impulsivas, o que pode gerar diversos atritos e desentendimentos, tornando a jornada de cuidado sofrida e desafiadora para a rede de apoio, afinal, pode ser muito desgastante observar os processos de recaída e como muitas tentativas de ajuda têm o efeito oposto do esperado. Assim, mesmo que a pessoa diagnosticada nem sempre consiga perceber as consequências com clareza enquanto está em crise, a sensação de culpa por não ser capaz de tomar o controle da própria vida por completo e por fazer pessoas próximas sofrer pode agravar a visão que se tem sobre a patologia (Sales Netto et al., 2024).

Apesar de todos os desafios enfrentados pela participante, ao longo da sua participação no grupo, ela conseguiu refletir sobre o seu processo de compreensão de como não precisaria atingir um estado absoluto de bem-estar para possuir qualidade de vida diante do transtorno, afinal, os momentos difíceis podem acontecer novamente, mas não significa que o diagnóstico é uma sentença da incapacidade para viver um dia de cada vez. Mesmo assim, ela não escondeu o seu receio constante em ter recaídas e como é difícil conviver com sentimentos conflitantes que a direcionam para se comportar de maneiras que desaprova.

Ainda é importante destacar os seus relatos ligados à sua produtividade e como se considerava “ativa” quando trabalhava como decoradora de festas e era requisitada por

diversas organizadoras para desempenhar os seus serviços pela sua postura proativa e pelos resultados entregues, sem sentir-se cansada, mesmo após horas de trabalho. Entretanto, depois de algum tempo passou a perceber que os períodos de exaustão que chegavam logo após os picos de energia, a dificultando até em levantar da cama e se enxergar como antes por alguns dias.

No início do grupo, ela afirmou por diversas vezes como sentia falta da sua proatividade, visto que o fato de ainda realizar pequenos serviços em múltiplas áreas para complementar a renda, o seu humor não permite que haja comprometimento como antes, afinal, todas as questões até então apresentadas esbarram nos desafios relacionados às suas habilidades sociais, que foram abordadas ao longo dos encontros como algo difícil para se construir, em especial nas tentativas de desenvolver uma comunicação mais assertiva com a família e com outros núcleos sociais.

Durante as atividades propostas no grupo, para auxiliar as participantes a desenvolver as suas habilidades sociais, ela conseguiu avançar em alguns aspectos cruciais, como quando afirmou ter conseguido um trabalho para entregar panfletos de um candidato à eleição e, por conseguir interagir com muitas pessoas diferentes, mesmo que de maneira superficial com a maioria delas, acredita que foi uma experiência crucial para se sentir mais próxima de uma normalidade que tanto almeja.

Na família, afirmou algumas vezes como levava a sério o seu objetivo de melhorar a relação com as filhas praticando a empatia e a assertividade, o que trouxe consequências positivas, como a diminuição dos conflitos e mais tranquilidade, por saber que não estava sujeita a tantas situações estressoras como antes. Em um relato marcante, a participante afirmou que a sua maior dificuldade em praticar a comunicação assertiva diz respeito ao medo de que as outras pessoas não tenham uma postura semelhante em retorno, afinal, as expectativas sobre o outro agir da mesma maneira que agimos podem gerar frustrações consideráveis e, assim, preparar um terreno fértil para que conflitos se instalem, assim como é pontuado por Lotufo Neto (2004).

Diante de toda a sua jornada e do cenário construído ao longo dos encontros, é possível afirmar que a participante conseguiu avançar em questões relacionadas à percepção do seu transtorno a partir da superação de uma ótica incapacitante, ao compreender que nutrir expectativas irreais sobre um cenário desejado em que o seu humor vai voltar ao “normal” apenas gera sofrimento para si e para as pessoas de quem é próxima. Portanto, enxergar que o caminho para levar uma vida com mais qualidade, independente da apresentação e dos impactos dos sintomas em seu cotidiano, é uma tarefa diária, que requer

paciência e gentileza com a própria jornada, para que não seja impossível desenvolver as habilidades necessárias para melhorar as relações conflituosas que possui e, assim, atingir o objetivo de ter relações mais pacíficas com estas pessoas.

#### **5.1.1.4 Participante D**

Participante do sexo feminino, tem 46 anos, é casada e possui o Ensino Fundamental incompleto, tendo interrompido os estudos no 8º ano. Ela estava em uso de prescrição medicamentosa indicada no atendimento médico mais recente, em maio de 2024, sendo elas: mirtazapina (30 mg), trazodona (50 mg), sertralina (50 mg) e fluoxetina (20 mg) e a sua hipótese diagnóstica é de CID 10: F33.0 (Transtorno Depressivo Recorrente). Ela negou o uso de álcool e outras drogas.

Em acompanhamento psiquiátrico desde 2008, esteve em fase eutímica por três anos, porém, em 2016 retornou o acompanhamento pelo CAPS, após o falecimento do seu sogro após período de 30 dias de internação por uma pneumonia. Ela relata que a sua vida foi cheia de sofrimento, pois o seu pai era abusivo com a mãe e a agredia o “tempo todo”, além de ter sido expulsa de casa pela mãe diversas vezes, foi “dada” para morar com uma tia ainda na infância. Conviveu desde muito cedo com o sentimento de rejeição, pois percebia que era “deixada de lado” em diversas situações familiares. Com isso, também houve diversas tentativas de suicídio na adolescência.

Em 2008, ela já estava casada, tinha construído a sua família e trabalhava como cozinheira, até que foi vítima de assédio moral no trabalho, o que mexeu muito com o seu “psicológico”. Nesse mesmo período, a filha estava saindo de casa, pois iria se casar, o que ela considerou como “a gota d’água” para que os sintomas vivenciados ao longo da vida se intensificassem. A partir daí, passou a sentir apatia, chorar com constância, intensa angústia, tristeza e irritabilidade, além de apresentar uma compulsão alimentar, retraimento social, dificuldades para dormir e falta de motivação para realizar atividades básicas, tendo o desejo de ficar deitada o tempo todo. Ela também relatou que durante esse período chegou a “ficar sem tomar banho por três dias” e, diante de tal situação, percebeu que era necessário ir em busca de um auxílio profissional.

O tratamento foi bem-sucedido, resultando no período eutímico mais longo, porém, foi em 2016 que o cenário mudou, com a morte do sogro, o que fez com que ela entrasse em uma fase que persistia até o momento da entrevista, em que não era capaz de observar algum nível de melhora significativa em seu quadro atual. Além disso, também contraiu COVID-19 e, como consequência, adquiriu limitações pulmonares. Nesse período, ela afirmou não ter

motivação para sair de casa e interagir com as pessoas, além de se sentir frequentemente como um “peso” na vida do esposo e dos filhos. Por estar em sobrepeso, possui limitações para se locomover e obteve a indicação médica para que realizasse uma gastroplastia, porém com as limitações pulmonares, não estava apta para o procedimento.

Tabela 7. Comparativo das aplicações IHS-2 da participante D.

<b>1ª aplicação (26/07/2024)</b>		
<b>Escore</b>	<b>Pontos</b>	<b>Percentil</b>
Geral	79	55
F1	45	90
F2	1	10
F3	28	45
F4	3	10
F5	12	15

Fonte: autoria própria.

A participante D desistiu das intervenções ao longo do grupo e foi encaminhada para a psicoterapia individual com a mediadora, para dar continuidade ao tratamento por outro caminho. Por essa razão, há apenas os dados da primeira aplicação para serem discutidos, sendo que o escore geral (79) e o percentil (55) estavam consideravelmente altos, demonstrando bom repertório de habilidades sociais, com resultados dentro da média para a maior parte dos itens ou equilíbrio entre recursos e déficit nesses itens e subescala em que aparecem, apesar de algumas questões específicas sobre Habilidades Sociais estarem baixas, tais como as englobadas no F2 (Abordagem afetivo-sexual, indicando um déficit que precisava ser observado com cautela e atenção).

**Quadro 13** — Classificações finais da 1ª avaliação da EBADEP-A para a Participante D.

<b>PONTOS</b>	<b>PERCENTIL</b>	<b>CLASSIFICAÇÃO</b>
126	99	SINTOMATOLOGIA DEPRESSIVA SEVERA

Fonte: autoria própria.

A participante foi submetida à EBADEP-A e obteve uma pontuação bruta total de

126 pontos, que corresponde ao percentil 99. Esse resultado sugere que a participante se encontra na categoria de sintomatologia depressiva severa. Nessa categoria, as pessoas podem apresentar sofrimento psicológico significativo, limitações importantes para o desempenho de atividades laborais e/ou escolares, além de outras do seu cotidiano.

Tabela 8: Pontuação item por item da 1ª aplicação da EBADEP-A para a Participante D.

<b>Categorias</b>	<b>Pontuação</b>
Sociais	22
Humor	27
Cognitivos	42
Vegetativos ou Somáticos	23
Motores	6
Irritabilidade	5
Ansiedade	1

Fonte: autoria própria.

Por ter desistido da participação no grupo, existem apenas os dados da primeira aplicação, sendo que a tabela item por item indica pontuações baixas nas categorias de Humor (27), Cognitivos (42) e Vegetativos ou Somáticos (23), o que se liga à classificação sintomatológica observada.

### **Análise da trajetória individual da participante**

A trajetória da participante D guarda aspectos interessantes ao observar a relação familiar e como o trabalho que possuía antes do agravamento dos seus sintomas servia como uma forma de se conectar com o próprio bem-estar e tem sido um dos seus objetivos para continuar tentando melhorar a cada dia (participou de 4 encontros - quadro 08). Vale ressaltar que nos intervalos dos encontros foi necessário busca ativa pela participante como forma de incentivar a participação nos encontros, e apoiar possíveis fragilidades.

Por anos, a participante trabalhava como cozinheira em um buffet, então, conseguiu participar de vários eventos ocorridos na cidade ao longo dos anos e compreendia a sua competência, por possuir ampla experiência no preparo dos pratos e pelos diversos elogios que recebia de seus clientes e dos organizadores. A validação da sua percepção como uma boa profissional era essencial para a valorização de si, portanto, quando o seu diagnóstico

veio, foi difícil lidar de outra forma que não fosse enxergá-lo como uma sentença de incapacidade dali para a frente, afinal, os sentidos e significados de quem ela é estavam diretamente ligados à atividade que não conseguia mais desempenhar com tanta excelência como antes, por mais que quisesse.

De acordo com Campos e colaboradores (2018), uma das maiores perdas vivenciadas por pessoas que são diagnosticadas com algum tipo de transtorno responsável por mudanças drásticas no seu funcionamento diz respeito à diminuição da capacidade em se comprometer como antes com atividades que geram bem-estar. Seria como um processo de luto da pessoa que existia antes, em comparação com quem ela se tornou depois de tudo o que passou, como no caso de outras participantes, como citado anteriormente, o saudosismo ligado a uma versão de si que, aparentemente, não existe mais é capaz de gerar um quadro de sofrimento intenso para qualquer um.

Apesar disso, ao longo da sua participação no grupo, foi possível incentivar o início de um retorno à atividade mais importante da sua vida como uma forma de abordar as suas Habilidades Sociais, ao mesmo tempo em que era cultivada a relação com membros importantes da sua família. Como exemplo, é possível citar em seu relato que depois de ter convidado a neta para auxiliar no preparo de um jantar para toda família vivenciou prazer e alegria pela primeira vez em muito tempo, por sentir-se “produtiva” (sic) novamente.

Depois de tantas perdas sofridas pela participante, observar um retorno cauteloso e com resultados tão positivos a uma atividade que auxilia no reconhecimento de si e na construção de sentidos cruciais para quem ela é foi um processo gratificante. Afinal, o transtorno se apresentou como mais uma forma de retirar aspectos da vida que eram importantes para ela e, neste momento, observar um caminho com mais esperança de que as coisas podem melhorar aos poucos é essencial para a manutenção do tratamento.

#### ***5.1.1.5 Participante E***

Participante do sexo feminino, tem 47 anos, está casada e possui Ensino Fundamental incompleto, tendo estudado até o 6º ano. Em seu último atendimento médico, em dezembro de 2023, recebeu a prescrição de seis medicamentos, sendo eles carbamazepina (200 mg), lítio (300 mg), quetiapina (100 mg), clonazepam (2,5 mg/ml), desvenlafaxina (100 mg) e rivotril (sem dosagem referida) e afirmou ter se adaptado satisfatoriamente a todos. A sua hipótese diagnóstica é de CID 10: F31 (Transtorno Afetivo Bipolar) e é tabagista, mas não faz uso de álcool e outras drogas.

Em acompanhamento psiquiátrico desde 2006 e no CAPS desde 2013, ao longo do tempo passou por várias recaídas, pela dificuldade em manter o uso correto das medicações, seja pela presença de efeitos adversos incômodos, seja pela sensação de estar “bem”, e com a diminuição da intensidade dos sintomas, levava à interrupção do tratamento por conta própria.

Iniciou o acompanhamento psiquiátrico após passar pela sua segunda gestação, ao perceber que estava vivendo um momento de grande tristeza, acompanhado de ideias suicidas e comportamentos autolesivos, agressividade e impulsividade, ao ponto de agredir pessoas, além de passar a apresentar humor instável, em que não conseguia mais encontrar um “equilíbrio” para interagir em situações sociais, pois percebia uma flutuação entre ser “boazinha demais” em um momento, seguida de momentos em que se via como um “vulcão a ponto de explodir”. Na época da intervenção, respondia a um processo judicial por agressão, além de já ter passado uma noite presa por agressão e desacato aos policiais.

Estava afastada do trabalho, pois trabalhava em uma padaria de supermercado, por conta das dificuldades em lidar com as recaídas e de se relacionar com outras pessoas. As suas queixas são relacionadas ao ambiente familiar, pois acredita ser “explorada” pelos membros de seu convívio, por não colaborarem com os afazeres domésticos e não compreenderem a gravidade e as consequências da sua psicopatologia.

Tabela 9. Comparativo das aplicações IHS-2 da participante E.

<b>1ª aplicação (26/07/2024)</b>			<b>2ª aplicação (09/10/2024)</b>		
<b>Escore</b>	<b>Pontos</b>	<b>Percentil</b>	<b>Escore</b>	<b>Pontos</b>	<b>Percentil</b>
Geral	37	1	Geral	39	2
F1	12	15	F1	17	20
F2	0	5	F2	0	5
F3	9	1	F3	18	3
F4	12	45	F4	4	5
F5	6	2	F5	5	1

Fonte: autoria própria.

O comparativo dos resultados obtidos com as aplicações do Inventário para a participante E demonstram que havia um repertório inferior no que diz respeito às questões de Habilidades Sociais, com um indicativo de déficit e necessidade de treinamento de

Habilidades Sociais. Assim, ao observar a primeira aplicação, o escore geral da participante (37) pouco foi inferior ao escore geral da segunda aplicação (39), observa-se que houve alterações consideráveis em F1 (Conversa assertiva) de 12 para 17 e F3 (Expressão de sentimento positivo) de 9 para 18, aumentando o escore, tendo em vista seu histórico de vida já relatado, pode resultar em importante habilidade a ser desenvolvida em seu convívio com as demais pessoas.

**Quadro 14** — Classificações finais da 1ª avaliação da EBADEP-A para a Participante E.

<b>PONTOS</b>	<b>PERCENTIL</b>	<b>CLASSIFICAÇÃO</b>
109	99	SINTOMATOLOGIA DEPRESSIVA SEVERA

Fonte: autoria própria.

A participante foi submetida à EBADEP-A e obteve uma pontuação bruta total de 109 pontos, o que corresponde ao percentil 99. Esse resultado sugere que os seus sintomas se enquadram na classificação depressiva severa, com intenso sofrimento psicológico e limitações importantes para o desempenho de atividades básicas do cotidiano.

Tabela 10: Pontuação item por item da 1ª aplicação da EBADEP-A para a Participante E.

<b>Categorias</b>	<b>Pontuação</b>
Sociais	16
Humor	24
Cognitivos	37
Vegetativos ou Somáticos	19
Motores	5
Irritabilidade	6
Ansiedade	2

Fonte: autoria própria.

No que diz respeito à avaliação item por item, a participante apresentou escores baixos nas categorias de Humor (24), Cognitivos (37) e Vegetativos ou Somáticos (19), o que é explicado ao observar a sua classificação sintomatológica severa.

**Quadro 15** — Classificações finais da 2ª avaliação da EBADEP-A para a Participante E.

<b>PONTOS</b>	<b>PERCENTIL</b>	<b>CLASSIFICAÇÃO</b>
113	99	SINTOMATOLOGIA DEPRESSIVA SEVERA

Fonte: autoria própria.

Na segunda aplicação, ela obteve uma pontuação bruta total de 113 pontos, o que corresponde ao percentil 99. Esse resultado mostra que a participante continuou enquadrada na categoria de sintomatologia depressiva severa, com um leve aumento nos pontos, em comparação com a primeira aplicação.

Tabela 11: Pontuação item por item da 2ª aplicação da EBADEP-A para a Participante E.

<b>Categorias</b>	<b>Pontuação</b>
Sociais	18
Humor	22
Cognitivos	40
Vegetativos ou Somáticos	21
Motores	6
Irritabilidade	6
Ansiedade	0

Fonte: autoria própria.

Na pontuação item por item da segunda aplicação, nas categorias Cognitivos (40) e Vegetativos (21) apresentaram leves modificações, sendo que houve uma queda pequena na parte de Humor (22). Dessa forma, é possível observar que a participante não conseguiu experimentar mudanças significativas quanto à sua sintomatologia, o que indica que o tratamento precisa ser continuado.

### **Análise da trajetória individual da participante**

Sua trajetória foi marcada pelas reflexões acerca da sua impulsividade e dos comportamentos agressivos que a levaram a enfrentar uma medida judicial por conduta violenta (participou de 8 encontros - quadro 08). O seu temperamento mais “explosivo” (sic), em contraponto com os momentos em que adotava uma postura mais calma e tranquila, foi

uma das razões para perceber que havia algo diferente acontecendo e a motivou a buscar ajuda médica para compreender, que levou ao diagnóstico do Transtorno Bipolar.

De acordo com Hübner e colaboradores (2018), a agressividade é considerada uma característica comum para muitas pessoas com esse transtorno de humor, que pode ser explicado por fatores do perfil do indivíduo, das vivências com outras pessoas, dos eventos estressores aos quais a pessoa está exposta e, em alguns casos, associado ao consumo de substâncias psicoativas, como álcool e outras drogas. No caso da participante, não houve referência ao uso de substâncias, porém, é provável que suas estratégias de enfrentamento em situações relacionadas a uma postura mais impulsiva, se conecta com as suas queixas constantes sobre a sensação de ser desvalorizada e desrespeitada pela sua família, como se fosse “explorada” por todos o tempo todo.

Não foi possível trabalhar ativamente essas questões ao longo do grupo, pelas características genuínas da participante e pelas limitações daquele espaço, porém, foi possível perceber um aumento da consciência acerca das consequências dos seus atos e da construção de uma ótica menos pessimista sobre a sua condição psicológica, assim como ocorreu com outras participantes, portanto, não há muitas informações extras para serem pontuadas nesta seção.

#### ***5.1.1.6 Participante F***

Participante do sexo feminino, tem 53 anos, está solteira e possui Ensino Superior completo (pedagoga). Desde seu último atendimento médico, realizado em agosto de 2024, em uso da seguinte prescrições: amato (100 mg), venlafaxina (150 mg), pregabalina (150 mg) e amitriptilina (25 mg), tendo uma adaptação satisfatória em cada uma. A sua hipótese diagnóstica é de CID 10: F33.1 (Transtorno Depressivo Recorrente com Episódio Atual Moderado) e referiu não fazer uso de álcool e outras drogas.

Ela iniciou o acompanhamento psiquiátrico no CAPS em 2020, após ser encaminhada pela Unidade Básica de Saúde, por apresentar sintomas relacionados a crises de pânico, tristeza constante, choro fácil, ansiedade, desânimo, apatia, algesia, compulsão alimentar, irritabilidade e fadiga. Ela afirmou que possuía uma vida funcional, pois era casada, participava de eventos religiosos, fazia ginástica e ainda vendia salgados, porém, retornou para Naviraí após a separação do seu antigo companheiro e, por não ter condições financeiras de morar sozinha, passou a residir com a família novamente, o que desencadeou a sensação de “reviver” tudo o que sofreu no seio familiar, visto que foi assediada pelo pai e,

ao relatar a mãe, foi desacreditada, além de ter uma relação conflituosa com os irmãos.

No momento da intervenção, a sua principal queixa era sobre as dificuldades em lidar com as suas emoções durante as crises, além de considerar ser “difícil” conviver e lidar com a família. Ela também afirmou ter responsabilidades constantes com os irmãos e com os sobrinhos, uma vez que não consegue dizer não e impor limites nas relações. No que diz respeito ao sono, o ciclo é fragmentado e sintomas da compulsão alimentar ainda são frequentes. Ela também não estava trabalhando e recebia um benefício do INSS.

Tabela 12. Comparativo das aplicações IHS-2 da participante F.

<b>1ª aplicação (26/07/2024)</b>			<b>2ª aplicação (09/10/2024)</b>		
<b>Escore</b>	<b>Pontos</b>	<b>Percentil</b>	<b>Escore</b>	<b>Pontos</b>	<b>Percentil</b>
Geral	52	5	Geral	65	30
F1	28	40	F1	31	45
F2	2	20	F2	1	10
F3	18	3	F3	22	10
F4	3	2	F4	11	40
F5	6	2	F5	11	10

Fonte: autoria própria.

Os comparativos das aplicações do Inventário para a participante F demonstram cerca de 13 pontos de diferença entre a 1ª e 2ª aplicação, no que tange ao escore geral, porém, ainda é possível considerar que existiam déficits relativos às Habilidades Sociais. Assim, o escore geral da primeira aplicação (52) e percentil 5, demonstra repertório inferior de habilidades sociais, com indicativo de déficit e necessidade de treinamento de habilidades sociais, especialmente em subescalas e itens mais críticos para o ajustamento pessoal e profissional, ao observar o escore geral da segunda aplicação (65), o que, aliado ao aumento do percentil demonstrados nas questões específicas, permite considerar que houve um aumento leve na maior parte dos tópicos observados, com destaque para a evolução em F4 (3 para 11) e F5 (6 para 11).

Com isso, é possível considerar que a participante conseguiu avançar nos quesitos relacionados às competências observadas e maiores informações serão discutidas na seção seguinte.

**Quadro 16** — Classificações finais da 1ª avaliação da EBADEP-A para a Participante F.

<b>PONTOS</b>	<b>PERCENTIL</b>	<b>CLASSIFICAÇÃO</b>
84	92	SINTOMATOLOGIA DEPRESSIVA MODERADA

Fonte: autoria própria.

A participante foi submetida à EBADEP-A e obteve uma pontuação bruta total de 84 pontos, o que corresponde ao percentil 92. Esse resultado sugere que a participante se encontra na categoria de sintomatologia depressiva moderada, no qual há algum nível de sofrimento psíquico e dificuldades moderadas para desempenhar atividades cotidianas.

Tabela 12: Pontuação item por item da 1ª aplicação da EBADEP-A para a Participante F.

<b>Categorias</b>	<b>Pontuação</b>
Sociais	11
Humor	19
Cognitivos	27
Vegetativos ou Somáticos	17
Motores	5
Irritabilidade	4
Ansiedade	1

Fonte: autoria própria.

Quanto às pontuações item por item, ela obteve no categoria Humor 19, na categoria Cognitivos 27 e 17 em Vegetativos ou Somáticos, o que explica a classificação obtida.

**Quadro 17** — Classificações finais da 2ª avaliação da EBADEP-A para a Participante F.

<b>PONTOS</b>	<b>PERCENTIL</b>	<b>CLASSIFICAÇÃO</b>
58	70	SINTOMATOLOGIA DEPRESSIVA MÍNIMA

Fonte: autoria própria.

Na segunda aplicação, ela obteve uma pontuação bruta total de 58 pontos, o que corresponde ao percentil 70. Esse resultado sugere que a participante se encontra na categoria sintomatologia depressiva mínima ou sem sintomas depressivos, o que demonstra

uma melhora na sua classificação.

Tabela 13: Pontuação item por item da 2ª aplicação da EBADEP-A para a Participante E.

<b>Categorias</b>	<b>Pontuação</b>
Sociais	5
Humor	16
Cognitivos	16
Vegetativos ou Somáticos	14
Motores	2
Irritabilidade	3
Ansiedade	2

Fonte: autoria própria.

Por fim, a pontuação item por item de Humor (16), Cognitivos (16) e Vegetativos ou Somáticos (14) sofreram uma queda, pela melhora da classificação sintomatológica observada.

### **Análise da trajetória individual da participante**

A última participante a ser analisada, trouxe pontos em comum com todas as outras colegas, como a dificuldade em manter-se inserida no mercado de trabalho e, nesse caso, era pensionista pelo INSS ( participou de 8 encontros - quadro 15). Quanto às suas queixas, os tópicos ligados à família se relacionaram mais com questões das suas Habilidades Sociais, em especial àquelas que dizem respeito a comunicação assertiva, afinal, sente-se na obrigação de assumir responsabilidades que não lhe cabem sobre diversos membros da família e não consegue impor os seus limites.

As suas questões se assemelham com aquelas relatadas por outras participantes ao longo dos encontros, o que demonstra como o grupo se conectou com as mesmas dificuldades, que além do âmbito familiar, diz respeito aos outros contextos sociais. No caso dela, as interações com o instrutor da autoescola nas aulas ao longo do período em que o grupo aconteceu serviu como um teste para colocar em prática as possibilidades para melhorar a sua assertividade. Em diversos momentos, ela relatou como não conseguia comunicá-lo sobre as suas dúvidas e dificuldades, o que tornava o processo de aprendizado ainda mais desafiador.

No que diz respeito à assertividade, é possível resgatar os postulados de Del Prette e Del Prette (2008), que afirmam como é desafiador comunicar o que se deseja pela dificuldade em manejar as próprias emoções, ao mesmo tempo em que é necessário levar em consideração como a mensagem será recebida pelo outro e pelo seu estado emocional, logo, para muitas pessoas o simples ato de compartilhar algo que pode desagradar é sinônimo de angústia, por conta das crenças contidas há muito tempo em sua vida.

Outro aspecto importante de ser pontuado diz respeito à aplicação da técnica das 48 horas, ensinada no oitavo encontro para que elas conseguissem controlar a impulsividade ao tomar uma decisão e, ao invés de agir de maneira impulsiva, aguardar esse tempo para pensar e decidir se vale a pena fazer aquilo ou não. É uma técnica muito eficaz para a impulsividade em compras, como é o caso dela e de outras participantes, tanto que no encontro seguinte, ela compartilhou como foi interessante a experiência de se controlar por esse período para não fazer nenhuma compra desnecessária, dando lugar para uma nova possibilidade de manejo dos seus impulsos e adotando uma postura mais cautelosa em determinados momentos.

A relevância de uma técnica como essa para pessoas com dificuldades para lidar com os impulsos que levam a se comportar de maneiras disfuncionais é essencial para uma compreensão à luz da TCC sobre o Transtorno Bipolar, afinal, permitir que o indivíduo compreenda a importância de pensar antes de agir, fugindo da ótica “tudo ou nada”, como se ceder a tais desejos fosse a única maneira de encontrar tranquilidade, é essencial para a recuperação de pessoas diagnosticadas que passam por esse problema (Carvalho et al., 2024).

Diante do que foi exposto, é relevante destacar o relato da participante em um dos últimos encontros, ao contar que conseguiu expressar com maior facilidade dificuldades para o instrutor, ao perceber que não receberia consequências negativas por apenas tirar as suas dúvidas em um ambiente no qual o objetivo é exatamente esse.

Dessa forma, a jornada de E foi muito complexa e interessante de acompanhar, assim como de todas as outras participantes, pois o impacto principal do grupo para todas elas diz respeito ao aumento da consciência sobre as próprias atitudes e responsabilidades sobre si e sobre os outros, percebendo como é essencial conhecer as próprias características e limites, fugindo do sonho utópico no qual todos os sintomas desaparecem e as coisas voltam ao “normal”. Afinal, esse estado de normalidade não existiu para muitas delas, logo, é improdutivo lutar contra algo que pode ser manejado de outras formas, considerando os desafios como parte do processo e vivendo um dia de cada vez.

## 5.2 Análise da Interação do Grupo

O objetivo desta pesquisa foi verificar a aplicabilidade da TCCG em um grupo de mulheres com Transtornos de Humor (TB I e II e TDM), a maneira como as queixas, dificuldades, crenças, pensamentos automáticos e habilidades sociais de cada participante, interação em um ambiente grupal, fortalecendo ou não o desenvolvimento de suas potencialidades, e promovendo a criação estratégias de enfrentamento no seu dia a dia.

Este tópico serve como um espaço de análise da trajetória do grupo de maneira geral, sem focar em fatos marcantes do caminho individual das participantes, é o local no qual o funcionamento do grupo será melhor explorado, de forma a abarcar particularidades observadas nas interações entre as participantes do grupo. Para isso, serão discutidos os aspectos de execução das atividades ao longo do trabalho, perpassando pelos motivos e cuidados tomados para escolher as ações de cada encontro, além de permitir trazer algumas impressões da mediadora sobre o processo e os seus desafios.

Assim, nesta seção serão abordados alguns fatos ocorridos ao longo dos encontros e que podem enriquecer a percepção geral do trabalho realizado, além de possibilitar uma visão aprofundada das características da interação do grupo, os seus anseios, dores e sonhos que as tornam pessoas para além dos transtornos e dos traumas.

- *1ª sessão - Avaliação individual.*
- *2ª sessão grupo - Introdução ao Grupo. 26 /07/2024*

A segunda sessão foi marcada pelo primeiro contato das participantes entre si, compareceram 5 participantes (A, C, D, E, F), a participante B não compareceu. Foi iniciada a aplicação dos instrumentos de mensuração selecionados para avaliar a presença ou não da sintomatologia depressiva e as habilidades sociais de cada participante. A participante C ao longo da aplicação do teste disse que não estava se sentindo bem ao ler as perguntas, começou a chorar. A mesma foi acolhida pela pesquisadora e pela participante A, e permaneceu no local enquanto as outras participantes continuavam a responder. C foi orientada que poderia responder as perguntas ao longo da semana em um atendimento agendado individualmente, caso tivesse interesse, e concordou. Após término da aplicação do EBADEP-A (as participantes levaram cerca de 15 minutos para respondê-lo), seguiu-se com a aplicação do IHS-2. As orientações para a aplicação do teste foram lidas e todas

iniciaram as respostas, C sentiu-se melhor e quis responder ao IHS-2, logo após quis terminar de responder o EBADEP-A. Não houve intercorrência ao longo da aplicação (as participantes levaram cerca de 20 minutos para respondê-lo). Ao término da aplicação dos testes, um momento de interação mediado pela psicóloga entre as mesmas aconteceu, logo após foi encerrado o encontro. A participante F disse que faltaria algumas sessões pois estava tendo aulas para tirar a habilitação, compartilhou com as demais que era “um sonho”, foi nesse momento que C se disponibilizou a “repassar informações” dos dias que F não comparecesse, F agradeceu e disse que , retornaria aos encontros o quanto antes.

De acordo com as interações observadas no primeiro contato com o grupo, foi possível examinar que a participante A conseguiu expressar cuidado, empatia em relação a participante C durante o momento que a mesma começou a chorar no início da aplicação do teste, tal interação desencadeou um movimento da participante C em disponibilizar-se a compartilhar o conteúdo aprendido nas sessões com a participante F.

A participante B, não compareceu ( foi realizada uma busca ativa, porém não foi encontrada pelo telefone e em sua residência)

➤ *3ª sessão grupo - Pensamentos Automáticos, psicoeducação sobre transtornos de humor, monitoramento de humor. 02/08/2024.*

Na 3ª sessão compareceram 2 participantes: C e E, a participante D entrou em contato para justificar a falta, e a participante F conforme sessão anterior, avisou que estaria em aula da autoescola.

Durante o monitoramento de humor, foi possível observar que as participantes presentes interagiram entre si ao compartilhar os acontecimentos da semana, C diz que tem dificuldades em estabelecer limites em relação ao pedido de outras pessoas, já E refere que é impulsiva, e que já se envolveu em situações “complicadas”, pois “não leva desaforo para casa”. Tal atividade permitiu o início de um movimento relacionado a exposição de sentimentos, observando que a busca por incluir novas formas de interação, foi essencial para construir novos sentidos e para que cada uma pudesse refletir sobre as próprias vivências.

A participante A não justificou a ausência, e a Participante B compareceu na Unidade para relatar que iniciou em um novo emprego e não conseguiria comparecer aos atendimentos em grupo, foi oferecido psicoterapia individual, porém não aceitou.

➤ *4ª sessão grupo - Psicoeducação e Monitoramento de Humor. 09/08/2024*

Na 4ª sessão compareceram 2 participantes do grupo: A e C, foi possível observar que no caminho para a sala de reunião, as participantes iniciaram a interação no corredor do espaço, conversando sobre a semana, A compartilhou sobre sua falta na semana anterior com C.

Ao adentrar na sala, participantes A e C, expuseram sobre acontecimentos da semana no monitoramento de humor. No decorrer da sessão, as participantes puderam refletir sobre seus sintomas, compartilhando sobre acontecimentos do passado, e situações que foram consideradas, “estranhas” ou “difíceis de lidar” pelas pessoas de seu entorno. Tal atividade gerou maior interação pois permitiu identificação na exposição de sintomas já “sentidos” ao longo da vida. Ao término do encontro foi lhes entregue um panfleto explicativos sobre sinais e sintomas do TB I e II.

Participante D e E não justificaram a ausência. Participante F entrou em contato e disse que ainda estava fazendo as aulas da autoescola

➤ *Sessão 5 -Monitoramento de Humor e Compartilhando Experiências - 16/08/2024*

Na 5ª sessão de acompanhamento em grupo compareceram 2 participantes do grupo: A e C. As participantes presentes foram encaminhadas para a sala de reunião, tais participantes foram as mesmas presentes na sessão anterior. Ao entrarem na sala questionaram sobre a ausência das outras participantes, C disse que estar participando dos encontros tem sido “bom” pois consegue reconhecer seus sintomas, nesse momento A e C iniciaram a interação social ao relatar que saber sobre sintomas acerca de seus transtornos, faz com que não se sinta “estranha” ou “difícil”, pois entende que em muitas situações, suas atitudes estavam relacionadas a instabilidade e impulsividade característica de seus transtornos, nesse momento compartilham sobre as lembranças que surgiram em suas “mentes”. C, disse sobre quando esteve internada, em crise de mania (agora já consegue identificar a sua crise) e “achou muito chato” estar no hospital sem fazer nada, fugiu e foi em loja de departamento comprou uma televisão de 75 polegadas e pediu que entregasse no hospital, retornou ao hospital ao entregarem a TV, a família levou para casa, precisou vendê-la depois pois não tinha como pagar as prestações, diz que “hoje tenho mais consciência e também mesmo querendo comprar não tenho condições pois meu nome está sujo”. A participante A relatou sobre ter jogado álcool no ex. marido e desafiado a riscar o fósforo e achar “graça” da situação, “hoje ao contar em voz alta sei que não tem graça e

que poderia ter matado ele, e estar presa”, Ao relatar sobre tais acontecimentos as mesmas identificaram a fases de crise de mania ou hipomania. C relata que ao compartilhar sua história com a participante A, faz com que sinta melhor, pois entende que não é algo que pudesse controlar com “facilidade, tendo em vista que alguns de seus comportamentos estão relacionados a seu transtorno.

Participante D e F, não justificaram ausência, foi realizada busca ativa, via telefone e as mesmas relataram que comparecerão no próximo encontro.

➤ *6ª sessão - Estratégias funcionais para lidar com crises diante da alteração de humor - 23/08/2024*

Compareceram no 6º encontro, 3 participantes do grupo: C, D e E. As mesmas compartilharam sobre acontecimentos da semana, por cerca de 10 minutos e iniciamos a atividade proposta para o dia. Após o início das atividades ,a participante C disse às outras participantes que ficou feliz em vê-las. No momento em que o monitoramento de humor foi realizado, a participante D disse que tem encontrado algumas dificuldades em frequentar o grupo, devido sua condição física e sentimento de ser um peso para família. C e E disseram à D, que é importante se cuidar e ir no grupo para pode conversar ou somente ouvir o que terão para compartilhar, D foi abraçada pelas duas participantes, de maneira voluntária. No seguimento da atividade as participantes interagiram entre si, riram e se propuseram a praticar o que lhes foi proposto, técnica de relaxamento (respiração diafragmática e relaxamento muscular progressivo), e a tarefa de casa foi entregue.

Participante A, não justificou a ausência.

➤ *7ª sessão - Identificar Barreiras e Reformular Pensamentos, Habilidades de Enfrentamento, Técnicas de Resolução de Problemas - 30/08/2024.*

Comparecerem na 7ª sessão, as participantes A, C, E e F. No momento de monitoramento de humor, as participantes entregaram a tarefa, C disse que esqueceu em casa.

Durante a sessão e desenvolvimento das atividades propostas para o dia, C sentou-se ao lado de F e começou a contar o que havia acontecido nos encontros que a mesma não compareceu (tarefas e conteúdo da psicoeducação), conforme havia mencionado no 1º encontro em grupo, A disse que durante a semana teve dificuldades em lidar com a família,

as outras participantes compartilharam sobre o que fazem quando não estão bem, e sugeriram estratégias para a participante.

A participante D não justificou a ausência.

➤ *8ª sessão - Reforço de Comportamento Pró-Ativo - 06/09/2024.*

Compareceram na 8ª sessão, 4 participantes do grupo: A, C, D e E. é válido ressaltar que as participantes nesse momento, entram na sala conversando, combinando de trazer um lanche e perguntam se podem fazê-lo para o próximo encontro.

De acordo com a atividade proposta, a participante D, contou que trabalhava em buffet de cozinha, cozinhava vários pratos para festas e eventos na cidade, já a participante C trabalhava como decoradora de festas, ainda faz bicos em algumas, porém diz que não sente disposição como anteriormente. A participante E trabalhava em padaria de rede de mercado, e gostava de fazer bolos e doces, a participante A trabalhava como vigia noturno em empresa de sementes. C diz que era ativa, e que ajudava organização de várias festas e mesmo assim não se sentia cansada, era convidada por várias decoradoras para trabalhar, pois era ativa e disposta, em alguns períodos relata que a exaustão chegava e que não conseguia levantar da cama, hoje entende que eram oscilações de humor. A participante D diz que quando cozinhava sentia que sabia fazer algo bom, era valorizada e elogiada e sentia-se bem. Após tais relatos, foi necessário a mudança da programação prevista para o encontro e , no qual foi abordado questões relacionadas a perspectivas sobre futuro, retorno das atividades de maneira diferente, de forma que pudessem voltar a fazer algo que gostem como cozinhar para família, promover autocuidado, e gerar renda, tendo a percepção do momento atual. Promover um ressignificado em relação a doença é importante para as participantes, uma vez que colabora na adesão ao tratamento, reforço que a iniciativa em promover um lanche com as participantes do grupo é um começo para fortalecimento das relações que julgam importantes, fora do ambiente terapêutico.

Participante F justificou a ausência.

➤ *9ª sessão - Estratégia para lidar com Pensamentos e Comportamento Impulsivo - 13/09/2024.*

Compareceram na 9ª sessão, 3 participantes do grupo: A, E, e F, relatam que a semana foi tranquila e que o último encontro foi bom, dizem que praticaram autocuidado.

Conforme haviam combinado em encontro anterior, a participante A trouxe bolo de fubá, a participante E trouxe salada de frutas e F trouxe patê e torradas, chá e suco foram ofertados pela pesquisadora. Pergunto se podemos deixar o lanche para o fim da sessão, e todas concordam.

A participante A refere que apresentou comportamentos relacionados a compulsão alimentar, e F compartilhou que esse comportamento também faz parte de seu dia a dia, ao perceber que tal comportamento não estava isolado apenas a si, resolveram compartilhar em quais situações as compulsões aconteciam. A participante E diz que seu comportamento compulsivo estava relacionado a gastos, e chora ao dizer que já precisou deixar de comprar alimentos, pois tinha que pagar contas adquiridas em momentos de compulsão. As demais participantes acolheram a colega e compartilharam situações em que as compulsões causaram algum tipo de dano (financeiro, emocional, familiar). A interação permitiu que as participantes fortalecessem o vínculo e após apresentação das estratégias funcionais para manejo das possíveis compulsões, iniciamos o momento do lanche, momento que foi possível maior descontração. Percebe-se que as participantes já interagem entre si, sem a necessidade da mediação da pesquisadora, conversam sobre assuntos relacionados as suas vidas.

As participantes C e D não justificaram a ausência.

➤ *10ª sessão - Sessão de Interação - 20/09/2024*

Na 10ª sessão de grupo, compareceram, 3 participantes do grupo: C, D e F. Após momento de monitoramento de humor, o feedback de F sobre o controle do comportamento relacionado a compulsão fez com que as outras participantes a aplaudissem, reforçando o comportamento de buscar estratégias, e incentivando as outras participantes ao relatar que é possível, incluir estratégias funcionais no dia a dia. A participante C compartilhou que iniciou o trabalho em panfletagem para política e relatou que interagir no grupo, incentivou a perder o receio de abordar desconhecidos, retribuir um sorriso. Logo após iniciamos as atividades em grupo.

É válido pontuar, que diante da observação das sessões anteriores, um encontro para interagir, realizar dinâmicas de maior exposição foi proposto. As participantes presentes concordaram em participar e iniciamos as dinâmicas. Um adendo cabe ao momento, ao pontuar que a pesquisadora participava ativamente das dinâmicas, pois dessa maneira a aliança terapêutica era fortalecida.

Na dinâmica introdutória para o próximo tema: habilidades sociais, em uma “Caixa misteriosa” participantes foram convidadas a retirar um papel presente na caixa, e neste existiam alguns pedidos que executassem, tais como: conte-nos uma piada, compartilhe um momento engraçado, imite um gato, imite um cachorro, cante uma música que gosta e convide alguém para cantar junto, compartilhe uma conquista, compartilhe um momento marcante na sua vida, C. contou uma piada que envolvia um “pintinho” todas deram risada, F cantou uma música evangélica e outras participantes acompanharam, D. compartilhou sobre o nascimento da neta como sendo um momento marcante na vida e emocionou-se, pois disse que não lembra de quando havia ficado tão feliz.

As participantes A e E não justificaram a ausência.

➤ *11ª sessão - Psicoeducação em Habilidades Sociais - 27/09/2024.*

Na 11ª sessão compareceram, 3 participantes do grupo: C, E e F, após monitoramento de humor, iniciamos a atividade proposta para o encontro. Nesse momento, C diz às outras participantes que acha que os encontros estão chegando ao fim, oriento sobre estarmos na 11ª sessão, e que a proposta do grupo são de 14 encontros, a participante E diz que gostaria que o grupo fosse “eterno”, pois consegue expor no grupo suas dificuldades sem sentir-se “julgada” ou “errada o tempo todo”, a participante F convida E para participar do grupo de oficinas de artesanato e continuar interagindo e conhecendo pessoas que “se sentem igual”.

Ao iniciar a atividade proposta sobre Habilidades Sociais, reforço que o que fazem no grupo: conversar, sentir empatia, cuidado em relação a outra, faz parte do desenvolvimento das habilidades sociais e que já estão colocando em prática no dia a dia. A participante E relata que o fato de possuir um transtorno mental dificultou estabelecer amizades, pois muitos não entendem seus momentos de crise, e agradece as demais participantes a presença “ao seu lado” no grupo. A participante F, levanta-se e abraça E, que aceita a demonstração de afeto e chora. Ao término das atividades uma tarefa de casa foi proposta.

As participantes A e D não justificaram a ausência.

➤ *12ª sessão - Psicoeducação em Habilidade Sociais - 04/10/2025*

Na 12ª sessão compareceram 2 participantes: C e F, Iniciamos com relato sobre a semana, e tais participantes relataram sobre a tarefa proposta, C diz que tentou ser mais empática e assertiva com as filhas, foi produtivo, pois conseguiu passar a semana sem

desentendimentos e mais tranquila (comunicação e empatia). F relatou sobre as aulas na auto escola e tentativa de expressar ao instrutor sobre suas dificuldades nas aulas de direção, C diz que é bom saber sobre como pode melhorar o convívio com as pessoas e F reforça que ao conseguir expressar sentimentos e dificuldades ajuda no dia a dia. Ao término das orientações e explanações sobre habilidades sociais, as participantes foram convidadas a reflexão sobre quais habilidades são mais desafiadoras para exercitar ou desenvolver e convidadas a novamente ao longo da semana exercitar alguma das habilidades expostas no encontro de hoje, com familiares, amigos, colegas.

A participante F não justificou a ausência, após busca ativa via telefone da participante. A mesma informou que estava fora da cidade, a participante D entrou em contato durante a semana relatou que não daria continuidade a participação no grupo, devido a limitações de saúde, e foi convidada a iniciar o acompanhamento individual quinzenalmente, a participante aceitou o convite.

➤ *13ª sessão - Aplicação do instrumento de Avaliação Selecionado - 09/10/2024*

Compareceram na 13ª sessão, 3 participantes: A, C e F, durante o monitoramento de humor. A participante A relata que havia se ausentado para cuidar de sua tia que não estava bem emocionalmente, diz que percebeu que tal atitude não “fez bem” pois ficou mal em ver as condições que a tia estava. Nesse momento C pontuou que é importante respeitar-se e “cuidar de si primeiro para cuidar dos outros”, F complementa que, ao perceber a necessidade do autocuidado suas atitudes em relação aos outros começou a mudar. C pergunta a participante A se pode abraçá-la e expressa o afeto e acolhimento a mesma. A aplicação dos testes de avaliação de sintomas, é iniciada, e ao término oriento sobre o próximo encontro.

A participante D não justificou a falta, porém ao longo da semana em contato via telefone, convido a mesma para comparecer no CAPS I de maneira individual, para aplicação do instrumento de mensuração. Ao comparecer na data agendada, a mesma relata que ficou chateada em saber que o grupo irá ser finalizado, oriento que foi importante expor seu descontentamento e que haverá o feedback das atividades realizadas nos encontros para cada uma de maneira individual, após esclarecimentos, foi dado início a aplicação dos testes. Ao término informo que no encontro do grupo teremos a avaliação das ações realizadas de maneira anônima e próximos passos em relação ao grupo.

➤ *14ª sessão - Prevenção de Recaídas , Avaliação do Grupo, Encerramento do Grupo - 14/10/2024.*

No último encontro do grupo, compareceram 4 participantes: A, C, E e F. No último atendimento, as participantes foram convidadas a refletir sobre o papel que a participação do grupo teve em sua realidade, e caso quisesse expor suas impressões. Nesse momento, A relatou que o grupo teve um papel importante no que diz respeito a validação de seus sentimentos e entendimento sobre seu transtorno, C referiu que saber que outras pessoas passam por situações parecidas com as que vivencia, fez com que parasse de sentir-se estranha e diferente. E diz que conseguiu perceber que mesmo que não consiga controlar sua raiva e agressividade, pode buscar formas de retirar-se de situações que possam causar dano a si ou outros, F compartilha que passou na prova de autoescola e que deve sua aprovação ao fato de sentir-se segura ao relatar sobre suas dificuldades ao instrutor.

O incentivo para que elas compartilhassem as próprias experiências foi essencial para o desenvolvimento da conexão entre o grupo e para gerar um senso de identificação importante para cultivar a consciência de que não estão sozinhas.

Ao longo dos encontros, foi possível abordar diversas temáticas relacionadas às experiências de cada participante convivendo com os transtornos e os impactos percebidos em suas vidas, perpassando por estratégias de enfrentamento compartilhadas e pensadas em conjunto, visando a melhoria da qualidade de vida, na medida em que fosse possível. Dessa forma, os conteúdos abordados em cada sessão foram muito além dos resultados dos testes aplicados, pois mostram fatores profundos de como essas mulheres conseguem enfrentar os desafios que as suas condições psicológicas e de vida apresentam.

Nota-se que o grupo se consolidou gradualmente, passando de um espaço de apresentação e reconhecimento inicial para um ambiente de confiança, partilha emocional e co-regulação afetiva. O apoio mútuo, evidenciado desde a segunda sessão, como no acolhimento da participante C por A, e o compromisso entre participantes, como o acordo de compartilhar conteúdos com ausentes, já apontava para a formação de vínculos afetivos e solidariedade terapêutica.

A literatura especializada reconhece os benefícios da TCC em grupo para diferentes populações clínicas. Bieling et al. (2014) destacam que os grupos permitem maior alcance populacional, facilitam a aprendizagem vicária e oferecem suporte social como fator terapêutico, sendo particularmente úteis em transtornos do humor. Experiências clínicas

mostram eficácia da TCC em grupo em contextos como o tratamento da depressão maior (McDermut, Miller e Brown, 2001), transtorno bipolar (Basco e Rush, 2007) e transtorno de ansiedade generalizada (Newman et al., 2011), o que sustenta sua aplicabilidade em diferentes configurações de cuidado.

A flutuação da presença das participantes foi uma constante, e, como apontam Del Prette e Del Prette (2017), a manutenção de vínculo em grupos que tratam de transtornos mentais pode ser desafiadora devido à instabilidade emocional, desmotivação e fatores externos. Ainda assim, a continuidade de algumas integrantes, como C, A e F, foi decisiva para o fortalecimento do processo terapêutico. A estrutura das sessões contribuíram para a interiorização gradual dos conteúdos e a ampliação do autoconhecimento, como no relato de C ao compreender os próprios episódios de mania.

Os relatos espontâneos de episódios de hipomania, compulsões alimentares e financeiras, e eventos marcantes revelam um dos pilares da TCCG: a reestruturação cognitiva a partir da conscientização de pensamentos automáticos e distorções cognitivas (Beck, 2013). As narrativas evidenciam a externalização de experiências que antes poderiam estar envoltas em culpa ou vergonha, e que passaram a ser vistas como manifestações do transtorno, possibilitando distanciamento crítico e reflexão.

O trabalho com habilidades destacou-se como ponto crucial na fase final do grupo. Tais habilidades são entendidas como comportamentos aprendidos socialmente que promovem interações mais assertivas e satisfatórias (Del Prette & Del Prette, 2017). A resistência inicial, prevista na literatura, foi amenizada pelo preparo emocional anterior e pelas vivências práticas no grupo. A proposta de que as participantes levassem os aprendizados para o cotidiano representou um passo importante, mas também exigiu acompanhamento e reforço contínuo, pois a recaída pode ocorrer frente a contextos adversos.

O uso do Inventário de Habilidades Sociais-2 (IHS-2) permitiu avaliar habilidades sociais relacionadas aos fatores 1, 2, 3, 4 e 5. Os resultados das participantes, no pré e pós-intervenção, demonstraram um aumento significativo nas habilidades incluídas nos seguintes fatores: F1 – Conversação assertiva, F3 – Expressão do sentimento positivo e F5 – Desenvoltura social.

Todavia, o cuidado tomado para que não houvesse tanta resistência ao tentar adotar novas formas de se comportar, a compreensão sobre a temática e os seus impactos em suas vidas foi deixar as discussões sobre o assunto para a metade final dos encontros, pois mesmo que alguns tópicos que se ligam ao assunto fossem abordados em diversos momentos

anteriores, nesse período o grupo já estava mais consolidado e consciente sobre as possibilidades e os próprios papéis na construção das mudanças desejadas.

A psicoeducação, essencial no modelo TCC, foi estrategicamente aplicada em momentos onde o grupo já havia adquirido coesão, reduzindo a resistência natural à exposição e à mudança de comportamento (Del Prette & Del Prette, 2017). Essa escolha metodológica associa-se com o princípio de que o conhecimento sobre o transtorno fortalece o senso de controle e a adesão ao tratamento (Bieling et al., 2008), permitiu o aumento do autoconhecimento das participantes. Além disso, a troca de experiências no contexto grupal revelou-se um fator essencial para o desenvolvimento das habilidades sociais. Conforme apontado nas análises das avaliações dos testes empregados, essa abordagem promoveu a construção de estratégias cognitivas funcionais e incentivou a reflexão sobre a própria condição, demonstrando o quanto o atendimento em grupo foi benéfico para as participantes.

Ao utilizar a Escala Baptista de Depressão-A (EBADEP-A) como instrumento para medir a presença ou ausência de sintomatologia depressiva, verificou-se uma diminuição de alguns sintomas depressivos em todas as participantes, e conseqüentemente em algumas categorias avaliadas no teste.

O incentivo para que elas compartilhassem as próprias experiências foi essencial para o desenvolvimento da conexão entre o grupo e para gerar um senso de identificação importante para cultivar a consciência de que não estão sozinhas, tendo em vista que outras colegas podem passar pelas mesmas situações, situação exposta ao longo das sessões, conforme Bieling et al. (2008, p. 35), ao perceber que não estão isolados dentro de um contexto grupal, o terapeuta pode promover o sentimento de inclusão de membros do grupo ao criar conexões entre seus sintomas. As noções concebidas sobre si, ao relatar suas dificuldades em entender determinados comportamentos, o reconhecimento nos relatos das participantes evidenciaram o poder terapêutico da identificação.

No contexto brasileiro, os atendimentos grupais estão alinhados com as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) e da Política Nacional de Saúde Mental, sendo amplamente utilizados em serviços como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Equipes Multiprofissionais (Nasf) e ambulatórios especializados (BRASIL, 2011; BRASIL, 2013). Esses dispositivos incentivam práticas grupais por sua efetividade clínica, racionalidade econômica e por promoverem cuidado integral, em consonância com os princípios da humanização, territorialização e promoção da autonomia dos usuários.

A utilização da Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) como base teórica para a criação de um grupo de transtornos de humor no CAPS I atingiu seus objetivos primordiais, ao trazer novas possibilidades de enfrentamento dos desafios ocasionados pelo transtorno na vida das participantes. Os resultados obtidos a partir da aplicação dos testes demonstram a eficácia da técnica, incluindo as participantes no processo de autoconhecimento e automonitoramento.

Assim, é inegável pontuar que as atividades foram capazes de impulsioná-las rumo a novos caminhos. Afinal, conforme abordado ao longo de todo o período de trabalho, a responsabilidade de aplicar e manter os hábitos funcionais, a partir daquele momento, passava a ser delas. Portanto, é essencial manter a firmeza e a constância, mesmo diante dos obstáculos destacados ao longo dos encontros (flutuação de presença, no convite inicial para participação do grupo, entre outros), pois o atendimento em grupo fundamentado na Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) e direcionado a mulheres com transtornos do humor, demonstrou resultados positivos na promoção da saúde mental e na mitigação de sintomas psicopatológicos. A TCC em grupo revelou-se uma intervenção eficaz ao favorecer a reestruturação cognitiva, o desenvolvimento de habilidades de enfrentamento e o fortalecimento do vínculo interpessoal, elementos centrais para a melhora clínica das participantes.

Dessa forma, o grupo terapêutico aqui relatado configura uma prática clinicamente efetiva, eticamente comprometida e coerente com os dispositivos da Rede de Atenção Psicossocial. A continuidade em formato de grupo de manutenção é recomendada, com o objetivo de consolidar os avanços terapêuticos obtidos e prevenir recaídas, reafirmando o papel estratégico da TCC em grupo na atenção psicossocial brasileira, a intervenção grupal com base na TCCG demonstrou ser não apenas uma ferramenta clínica eficaz, mas também um espaço simbólico de reconstrução subjetiva, onde o sofrimento psíquico pode ser reconhecido, verbalizado e transformado em possibilidade de crescimento e empoderamento.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Analisar a trajetória de um grupo cuja participação dos membros contou com uma rotatividade considerável foi uma missão desafiadora. Afinal, mesmo que o agrupamento não estivesse aberto à inclusão de novas mulheres, a ausência significativa de algumas participantes trouxe a necessidade de considerar esse fator no planejamento dos encontros.

A adesão das participantes ao atendimento em grupo, ainda é um desafio e, diante dessas fragilidades, deve-se evitar que a coerência e a continuidade do trabalho sejam comprometidas. Portanto, a escolha por incluir tarefas para casa e incentivar a troca de experiências, como forma de favorecer a psicoeducação das participantes acerca dos sinais e sintomas dos transtornos abordados (sobretudo no transtorno bipolar, pois reconhecer o próprio humor auxilia muito nas estratégias de enfrentamento de estressores), é essencial para que o grupo alcance seus objetivos com sucesso.

Embora o Sistema Único de Saúde (SUS) preconize os atendimentos grupais na Atenção Básica e Especializada, criar um grupo de atendimento psicológico em uma cidade do interior é uma tarefa que exige persistência, busca ativa e resiliência diante de frustrações, por parte dos terapeutas responsáveis.

No ambiente acadêmico, é fundamental promover reflexões e fomentar a criação de formas de atuação mais inclusivas no atendimento e cuidado com a saúde mental dos usuários do serviço público. Essas iniciativas devem seguir os princípios éticos da Psicologia, aproximando os profissionais da realidade do sistema, que cada vez mais demanda estratégias de cuidado integrado e inovador. Além disso, é essencial incentivar pesquisas que possam ser replicadas nesses contextos.

Por fim, é imprescindível pontuar a necessidade de estabelecer formas mais inclusivas de atendimento e cuidado com a saúde mental dos usuários do SUS, garantindo-lhes um suporte adequado e acessível.

## **REFERÊNCIAS**

AMARANTE, P. **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996.

ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA. **Manual de Diagnóstico e Estatística de Distúrbios Mentais: DSM III-R**. São Paulo: Manole, 1989.

ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-IV**. Porto Alegre: Artmed, 1995.

ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5 TR**. 5. Ed. Porto Alegre: Artmed, 2023.

BAPTISTA, M. N. **Manual Técnico da Escala Baptista de Depressão para Adultos - EBADEP-A**. São Paulo: Vetor, 2012.

BARLOW, D. H. **Manual clínico dos transtornos psicológicos: Tratamento passo a passo**. 6 Ed. Porto Alegre: Artmed, 2023.

BASCO, M. R.; THASE, M. E. Tratamento cognitivo – comportamental dos transtornos bipolares. In: CABALLO, V. (Ed.). **Manual para tratamento cognitivo-comportamental dos transtornos psicológicos**. São Paulo, 2003, p. 555-589.

BASCO, M. R.; RUSH, A. J. **Terapia Cognitivo-comportamental para Transtorno Bipolar**. Porto Alegre: Artmed, 2009.

BAUM, W. M. **Compreender o behaviorismo**. Porto Alegre: ArtMed, 2006.

BECK, A. T; RUSH, A., SHAW, B., E EMERY, G. **Terapia cognitiva da depressão**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

BECK, J. S. **Terapia cognitiva: teoria e prática**. 2 Ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.

BIELING, P. J.; MCCABE, R. E.; ANTONY, M. M. **Terapia cognitivo-comportamental em grupos**. Porto Alegre: Artmed, 2008.

BIELING, P J.; MCCABE, R.E.; ANTHONY, M. M. **Terapia Cognitivo-Comportamental em Grupo para Transtornos de Ansiedade**. Porto Alegre: Artmed, 2014.

BIRMAHER, B. et al. *Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with depressive disorders*. **Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry**, v. 46, n. 11, p. 1503-1526, 2007.

BRAGA, D. T.; VIVAN, A. S.; PASSOS, I. C. **Vencendo a Depressão: Manual de Terapia Cognitivo-comportamental para Pacientes e Terapeutas**. Porto Alegre: Artmed, 2024.

BRASIL. Casa Civil. Lei nº 9.610, de 19 de fevereiro de 1998. Altera, atualiza e consolida a legislação sobre direitos autorais e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 19 de fev. 1998. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/19610.htm#:~:text=L9610&text=LEI%20N%C2%BA%209.610%2C%20DE%2019%20DE%20FEVEREIRO%20DE%201998.&text=Altera%2C%20atualiza%20e%20consolida%20a,autorais%20e%20d%C3%A1%20outras%20provid%C3%AAs&text=Art.%201%C2%BA%20Esta%20Lei%20regula,os%20que%20lhes%20s%C3%A3o%20conexos](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19610.htm#:~:text=L9610&text=LEI%20N%C2%BA%209.610%2C%20DE%2019%20DE%20FEVEREIRO%20DE%201998.&text=Altera%2C%20atualiza%20e%20consolida%20a,autorais%20e%20d%C3%A1%20outras%20provid%C3%AAs&text=Art.%201%C2%BA%20Esta%20Lei%20regula,os%20que%20lhes%20s%C3%A3o%20conexos). Acesso em: 16 de mar. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n.º 336, de 19 de fevereiro de 2002. Atualiza normas constantes da Portaria MS/SAS n.º 224, de 29 de janeiro de 1992 e estabelece os centros de atenção psicossocial nas modalidades CAPS I, CAPS II e CAPS III, CAPS I, II e CAPS ad II. In: MINISTÉRIO DA SAÚDE. Legislação em saúde mental: 1990-2004, 5. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b, p. 125-36.

BRASIL. Ministério da Saúde. 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. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 26 dez. 2011a. Seção 1, p. 230-2.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Brasília, DF, 12 de dez. 2012. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466\\_12\\_12\\_2012.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html). Acesso em: 16 de mar. 2024.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016. Brasília, DF, 7 de abr. 2016. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2016/res0510\\_07\\_04\\_2016.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2016/res0510_07_04_2016.html). Acesso em: 16 de mar. 2024.

BRASIL. Lei nº 14.874, de 28 de maio de 2024. Dispõe sobre a pesquisa com seres humanos e institui o Sistema Nacional de Ética em Pesquisa com Seres Humanos. Diário Oficial da União, Brasília, 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Biblioteca Virtual em Saúde. “Força para hoje. Esperança para amanhã”: 30/3 – Dia Mundial do Transtorno Bipolar. Brasília: Ed. Ministério da Saúde, 2021. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/forca-para-hoje-esperanca-para-amanha-30-3-dia-mundial-do-transtorno-bipolar/>. Acesso em: 23 de out. 2023.

CABALLO, V. E. O treinamento em habilidades sociais. In: V. E. Caballo (org.). **Manual de técnicas de terapia e modificação do comportamento**. São Paulo: Santos Livraria Editora, 1996, p. 3-42.

CARLSON, G. A. *Etiology and diagnosis of bipolar disorders in children*. **Development and Psychopathology**, Cambridge, v. 12, n. 3, p. 673–688, 2000.

COLE, H. P.; LACEFIELD, W. E. *Theories of learning, development, and psychoeducational design: Origins and applications in nonschool settings. Viewpoints in teaching and learning*, v. 58, n. 3, p. 6-16, 1982.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. Resolução nº 010, de 21 de julho de 2005. Aprova o Código de Ética Profissional do Psicólogo. Disponível em: <https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2012/07/codigo-de-etica-psicologia.pdf>. Acesso em: 16 de mar. 2024.

CLEARE, A. et al. Evidence-based guidelines for treating depressive disorders with antidepressants: a revision of the 2008 British Association for Psychopharmacology guidelines. *Journal of Psychopharmacology*, [S.l.], v. 29, n. 5, p. 459–525, 2015. DOI: 10.1177/0269881115581093.

CRESWELL, J. **Investigação qualitativa e projeto de pesquisa: Escolhendo entre cinco abordagens**. 3. Ed. Porto Alegre: Penso, 2014.

CUNHA, J. **Psicodiagnóstico V**. Porto Alegre: Artmed, 2004.

CUNNINGHAM, S. et al Social Media and Depression Symptoms: a Meta-Analysis. *Res Child Adolesc Psychopathol*. 2021 Feb;49(2):241-253. doi: 10.1007/s10802-020-00715-7. Epub 2021 Jan 6. PMID: 33404948.

DALGALARRONDO, P. **Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais**. 2. Ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.

DEL PRETTE, Z. A. P.; DEL PRETTE, A. **Inventário de Habilidades Sociais 2: Manual de aplicação, apuração e interpretação**. São Paulo: Pearson Clinical Brasil, 2018.

\_\_\_\_\_. **Psicologia das habilidades sociais: terapia e educação**. Petrópolis: Vozes, 1999.

\_\_\_\_\_. **Competência Social e Habilidades Sociais – Manual Teórico Prático**. Petrópolis: Vozes, 2017.

\_\_\_\_\_. **Terapia Cognitivo-Comportamental e Habilidades Sociais: Uma Prática Baseada em Evidências**. Petrópolis: Vozes, 2017.

\_\_\_\_\_. *Habilidades sociais e competência social: para uma trajetória investigativa e uma agenda de trabalho. Psicologia em Estudo*, Maringá, v. 10, n. 1, p. 113–122, 2005.

DOBSON, D.; DOBSON, K. S. **A terapia cognitivo-comportamental baseada em evidências**. Porto Alegre: Artmed. 2010.

EYSENCK, H. J. *The outcome problem in psychotherapy: What have we learned?* **Behavior**

*Research and Therapy*, v. 32 p. 477-495, 1994.

FOUCAULT, M. **História da loucura na idade clássica**. São Paulo: Perspectiva, 2001.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. São Paulo: Atlas, 2002.

GRILLO, M.; MOREIRA, N. B.; PALÁCIOS, M. J.; PETERLE, M. M.; SPAGNOL, T.; CABRAL, H. G. A correlação entre transtorno de personalidade borderline e transtorno bipolar do humor: diferenças e similaridades. **Ambiente acadêmico**, v. 2, n. 2, p. 72-90, 2016.

HADDAD, Leonardo Caixeta, Luiz Dieckman, M. **Transtorno bipolar no ciclo da vida: A doença e seus espectros**. Porto Alegre: ArtMed, 1970. E-book. pág.3. ISBN 9786558822141. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/reader/books/9786558822141/>. Acesso em: 20 jan. 2025.

HOFMANN, S. G. et al. **The Efficacy of Cognitive Behavioral Therapy: A Review of Meta-analyses**. *Cognitive Therapy and Research*, v. 36, p. 427–440, 2012.

HÜBNER, C. V. K.; BUENO, H. M.; GHIOTTO, T. C.; SANTOS, J. V. B.; HENNA, E. A. D.; MARTINS, R. Transtorno bipolar do humor. **Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba**, Sorocaba, São Paulo, v. 20, n. Supl., 2018.

KAPCZINSKI, F. et al. *The potential use of biomarkers as an adjunctive tool for staging bipolar disorder*. **Program of Neuropsychopharmacology Biological Psychiatry**, v. 33, n. 8, 2009.

KAPCZINSKI, F. et al. **Transtornos de humor: diagnóstico e tratamento**. Porto Alegre: Artmed, 2003.

KNAPP, P.; BECK, A. T. Fundamentos, modelos conceituais, aplicações e pesquisa da terapia cognitiva. **Brazilian Journal of Psychiatry**, v. 30, p. s54–s64, out. 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbp/a/HLpWbYk4bJHY39sfJfRjwtn/abstract/?lang=pt#>. Acesso em: 24 de out. 2023.

KNAPP P. (Org.). **Terapia Cognitivo-Comportamental na Prática Psiquiátrica**. Porto Alegre: Artmed, 2004.

KNAPP, P.; ISOLAN, L. Abordagens psicoterápicas no transtorno bipolar. **Archives of Clinical Psychiatry**, São Paulo, v. 32, p. 98-104, 2005. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rpc/a/4LdkNq4gNvFvLJV8NKFJqHm/#>. Acesso em: 10 de nov. 2023.

KNAPP, P., CAMPOS, R. M.. **A prática da terapia cognitivo-comportamental em grupo no contexto da saúde pública**. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, v. 8, n. 1, p. 48-55, 2012.

KNAPP, P; BECK, A T. **Terapia Cognitivo-Comportamental em Grupos para Transtornos Emocionais Comuns**. Porto Alegre: Artmed, 2014.

LOTUFO NETO, F.. Terapia comportamental cognitiva para pessoas com transtorno bipolar. *Brazilian Journal of Psychiatry*, v. 26, p. 44-46, out. 2004.

LUKENS, E. P.; MCFARLANE, W. R. *Psychoeducation as evidence-based practice: Considerations for practice, research, and policy*. *Brief Treatment and Crisis Intervention*, v. 4, n. 3, p. 205-225, 2004.

McDERMUT, W.; MILLER, I. W.; BROWN, R. A. **The efficacy of group psychotherapy for depression: a meta-analysis and review of the empirical research**. *Clinical Psychology: Science and Practice*, v. 8, n. 1, p. 98–116, 2001.

MARTÍNEZ-ARÁN, A. et al. *Cognitive Function Across Manic or Hypomanic, Depressed, and Euthymic States in Bipolar Disorder*. *American Journal of Psychiatry*, v. 161, n. 2, 2004.

MELEIRO, A. M. A. da S.; et al. Transtorno bipolar: aspectos clínicos e terapêuticos. In: CLAVES Farmacologia Clínica, v. 7, n. 2, p. 8-11, 2018. Disponível em: [https://siicsalud.com/saludiciencia/imagenes/suplementos/farmacologia\\_clinica/claves\\_farmacologia\\_clinica\\_7\\_2\\_92118.pdf](https://siicsalud.com/saludiciencia/imagenes/suplementos/farmacologia_clinica/claves_farmacologia_clinica_7_2_92118.pdf). Acesso em 01 de maio 2025.

MERIKANGAS, K. R. et al. *Lifetime and 12-month prevalence of bipolar spectrum disorder in the National Comorbidity Survey replication*. *Archives of General Psychiatry*, Chicago, v. 68, n. 3, p. 241–251, 2011.

MINAYO, M. C. S. Ciência, técnica e arte: o desafio da pesquisa social. In: MINAYO, M. C. S. (Org.) **Pesquisa social – teoria, método e criatividade**. Petrópolis: Vozes, 2004.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 14. Ed. São Paulo: Hucitec Editora, 2014

MORENO, Ricardo A.; MORENO, Doris H.; BIO, Danielle S.; e outros. **Aprendendo a viver com o transtorno bipolar: manual educativo** . Porto Alegre: ArtMed, 2015. E-book. pág.174. ISBN 9788582712054. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/reader/books/9788582712054/>. Acesso em: 21 jan. 2025.

MORENO, R. A. et al. *Transtorno bipolar na infância e adolescência: uma realidade cada vez mais evidente*. *Revista de Psiquiatria Clínica*, São Paulo, v. 32, n. 3, p. 127–138, 2005.

NEUFELD, C. B.; RANGÉ, B. P. **Terapia Cognitivo-Comportamental em Grupos: das evidências à prática**. Porto Alegre: Artmed. 2017.

NEWMAN, M. G. et al. **A randomized controlled trial of cognitive-behavioral therapy for generalized anxiety disorder with integrated techniques from emotion-focused and**

**interpersonal therapies.** *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, v. 79, n. 2, p. 171–181, 2011.

NICACIO, F. A institucionalização da psiquiatria no Brasil: a constituição do hospital psiquiátrico e a medicalização da loucura. *Cadernos IPUB*, v. 15, p. 35-48, 1994.

O'DONOHUE, W.; CUMMINGS, N. *Evidence-Based Adjunctive Treatments*. New York: Academic Press, 2008.

OLIVEIRA, M. S.; SILVA, J. G.; SZUPSZYNSKY, K. Avaliação Cognitivo Comportamental. In: OLIVEIRA, M. S.; ANDRETTA, I. (Org). **Manual prático de terapia cognitivo-comportamental**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2011.

PIMENTEL, R. R. S.; BARRETO, M. F. C.; PERALES, P. G. P. S.; CARDOSO, M. G. Estratégias adotadas por coordenadores no enfrentamento da resistência em grupos. **Revista da Sociedade Brasileira de Dinâmica dos Grupos**, Porto Alegre, v. 9, n. 9, p. 46-58, 2019.

POST, R. M. et al. *Early-onset bipolar disorder and treatment delay are risk factors for poor outcome in adulthood.* **Journal of Clinical Psychiatry**, Memphis, v. 69, n. 5, p. 709–715, 2008.

RIBEIRO, M. et al. Transtorno bipolar do humor e uso indevido de substâncias psicoativas. *Revista de Psiquiatria Clínica*, São Paulo, v. 31, n. 3, p. 133–144, 2004. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rpc/a/y6CdMf37LR7HwKTqqZXDsmj/>. Acesso em: 01 maio 2025. SciELO Brasil+1SciELO Brasi

SALES NETTO, P. R. et al. Transtorno bipolar: compreensão dos ciclos de humor e gestão efetiva da doença. **Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences**, v. 6, n. 6, p. 2085–2093, 2024.

SANAR. Depressão: etiologia, manifestações clínicas, diagnóstico e tratamento. *SanarMed*, 2023. Disponível em: <https://sanarmed.com/resumo-depressao-ligas/>. Acesso em: 23 de abril 2025.

SOUSA, D. L. M; PINTO, A. G. A.; JORGE, M. S. B. Tecnologia das relações e o cuidado do outro nas abordagens terapêuticas grupais do centro de atenção psicossocial de Fortaleza-Ceará. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 19, n. 1, p. 147-154, jan. 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/MpbSszdfN7kgj9myPw9nZZq/?lang=pt#>. Acesso em: 24 de out 2023.

STRAUSS, A.; CORBIN, J. **Pesquisa Qualitativa**: técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de teoria fundamentada. Porto Alegre (RS): Artmed, 2008.

SUPPES, T.; DENNEHY, E. B. **Transtorno Bipolar**. Porto Alegre: Artmed, 2009.

WELLS, R. H. C. et al. **CID-10**: Classificação Estatística Internacional de Doenças e problemas relacionados à saúde. São Paulo: EDUSP, 2011.

WELLER, E. B.; WELLER, R. A. *Bipolar disorder in children: misdiagnosis*,

*underdiagnosis, and future directions. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, v. 39, n. 10, p. 1281–1283, 2000.

WOOD, M. M. et al. *Psychoeducation: An Idea Whose Time Has Come*. Richmond: *The Council for Children with Behavioral Disorders*, 1999.

WRIGHT, J. H.; BASCO, M. R.; THASE, M. E. **Aprendendo a terapia cognitivo-comportamental: um guia ilustrado**. Porto Alegre: Artmed, 2008.

WRIGHT, J. H.; BROWN, G. K.; THASE, M. E. **Terapia cognitivo-comportamental em grupos: fundamentos e aplicações clínicas**. Porto Alegre: Artmed, 2017.

YALOM, I. D.; LESZCZ, M. **Teoria e prática da psicoterapia em grupo**. Porto Alegre: Artmed, 2006.

ZAGO, M. C.; PADILHA, B. Dispositivo Terapêutico Grupal Para paciente com Adoecimento Mental Severo: Uma Interlocução com o Território. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, Florianópolis, v. 8, n. 17, p. 143-151, 2016. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/69054/41535>. Acesso em: 23 de out. 2023.

## **APÊNDICES**

## **Apêndice A. Carta para esclarecimento e obtenção do Consentimento Livre e Esclarecido**

### **Carta para esclarecimento e obtenção do consentimento livre e esclarecido**

#### **TÍTULO DO PROJETO:**

Aplicabilidade da Terapia Cognitivo Comportamental (TCC) em um Grupo de Transtornos de Humor: Transtorno Bipolar I e II e Transtorno Depressivo Maior no CAPS I

#### **PESQUISADORA:**

Nome Completo: Luciana Cunha Velasques

Cpf: 002.212.571-01 Rg: 1790894 SEJUSP/MS

Telefone de Contato: (67) 98148-0270 - e-mail: [ra86681@ucdb.br](mailto:ra86681@ucdb.br)

Endereço Institucional: Universidade Católica Dom Bosco – UCDB

Av. Tamandaré, nº 6000. Campo Grande – MS

#### **ORIENTADORA:**

Nome Completo: Heloisa Bruna Grubits

Telefone de Contato: 3321-3300 e-mail: [rf5465@ucdb.br](mailto:rf5465@ucdb.br)

Endereço Institucional: Universidade Católica Dom Bosco – UCDB

Av. Tamandaré, nº 6000. Campo Grande – MS

#### **INFORMAÇÕES SOBRE O COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA - CEP:**

O CEP é a instância na qual o participante da pesquisa pode receber informações e protocolar queixas em relação aos procedimentos aos quais foi submetido durante a pesquisa, quando por estes se sentir lesado.

**Objetivo:**

Demonstrar a aplicabilidade da TCC em um grupo de mulheres com Transtorno de Humor: Transtorno Bipolar ( I e II) e Transtorno Depressivo Maior ( TDM) em um CAPS I.

**Justificativa:**

Como forma de atender as especificidades do CAPS I, uma vez que é voltado ao atendimento de pessoas de todas faixas etárias, com intenso sofrimento psíquico decorrentes de transtornos mentais graves e persistentes, incluindo o uso de substâncias psicoativas, indicado para municípios ou regiões de saúde com população acima de 15 mil habitantes e abaixo de 70 mil habitantes. Tal atendimento em grupo visa promover ações desenvolvidas de forma coletiva, como recurso para promover sociabilidade, intermediar relações, manejar dificuldades relacionais, possibilitando experiência de construção compartilhada, vivência de pertencimento, troca de afetos, autoestima, autonomia e exercício de cidadania, além de favorecer o atendimento a um maior número de paciente contribuindo para resoluções de problemas da comunidade tais como: fila de espera para atendimento no CAPS. Tendo em vista que os Transtornos aqui selecionados para pesquisa possuem algumas características de humores comuns (humor deprimido, alterações no apetite, insônia e/ou hipersonia, agitação e/ou retardo psicomotor), a proposta de um trabalho de intervenção com mulheres em grupo de transtornos de humor faz se necessária, pois visa atender as especificidades do CAPS I, demonstrando a aplicabilidade da TCC em ambiente institucional, criar protocolo para atendimento em grupo heterogêneo no CAPS I, sob base teórica da TCC, avaliar a eficácia da TCC para atendimento em grupo heterogêneo de mulheres com TB I e II e TDM, antes e depois da intervenção, avaliar por meio do testes EBADEP- A (Escala Batista de Depressão), IHS 2 (Inventário de Habilidades Sociais 2), e entrevista semi estruturada pré e pós intervenção, a diminuição de sintomas e adesão ao tratamento farmacológico, e compreender de que maneira a psicoeducação e treino de habilidades sociais das pacientes com TDM e TB I e II podem contribuir na mobilização da criação de estratégias cognitivas funcionais na interação entre ambas

Será realizado um encontro individual inicial com cada participante na sala da pesquisadora, com horário agendado conforme a disponibilidade da participante, após aceite da participação, será realizado o esclarecimento sobre a participação na pesquisa mediante apresentação da Carta para Esclarecimento e Obtenção do Consentimento Livre e Esclarecido, e solicitação da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE, logo após, a aplicação dos testes EBADEP- A e IHS-2 (pré intervenção) e entrevista inicial serão

realizados. E 14 sessões de atendimento em grupo uma vez na semana na sala para atividades do CAPS I, com duração prevista de 60 minutos, às terças-feiras no horário das 13h30 às 14h30 (podendo sofrer alterações conforme disponibilidade das participantes, feriados e funcionamento da Unidade), no primeiro encontro em grupo, após leitura e assinatura de contrato terapêutico, será aplicado os testes para mensuração de sintomas EBADEP-A (teste para avaliação de sintomas depressivos) e IHS-2 (teste de para a avaliação das habilidades sociais) iniciais. Os encontros não serão fotografados, filmados ou gravados de forma que possa garantir maior confidencialidade na exposição de questões íntimas das participantes. O registro será realizado ao final de cada encontro de forma escrita por meio de Relatório de sessão. Após mensuração dos dados fornecidos pelos testes, adequações ao modelo proposto de encontros poderão ser feitas, de acordo com o resultado obtido pelos testes.

As 11 sessões de intervenções terapêuticas posteriores serão estruturadas seguindo os princípios da TCC em grupos, com adaptação a demanda da pesquisa, podendo ser flexibilizada no decorrer dos encontros de acordo com as necessidades percebidas.

No 13º encontro os testes EBADEP-A E IHS-2 serão reaplicados a fim de medir aumento ou diminuição de sintomas apresentados pelas participantes.

No 14º encontro, o último, será realizado a avaliação do grupo pelas participantes, por meio de questionário anônimo, com sugestões, críticas e considerações das participantes, a pesquisadora fará o encerramento do grupo e oferecerá um lanche.

A devolutiva acontecerá de forma individual, após encerramento do grupo, e, se necessário a pesquisadora fará encaminhamentos para outras atividades oferecidas pela Unidade por outros profissionais e/ou iniciará atendimento psicológico individual.

Informo que a Senhora tem a garantia de acesso, em qualquer etapa do estudo, sobre qualquer esclarecimento e eventuais dúvidas. Se tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da UCDB, telefone: 3312-3478; e-mail: [cep@ucdb.br](mailto:cep@ucdb.br)

Também é garantida a liberdade da retirada de consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo, sem qualquer prejuízo. A Sra tem direito a se manter atualizada sobre os resultados parciais da pesquisa e caso seja solicitado, darei todas as informações necessárias.

Não existirão despesas ou compensações pessoais para a participante em qualquer fase do estudo, sendo sua participação totalmente voluntária.

Informo que os seus dados de identificação serão mantidos em sigilo, com acesso somente pelas pesquisadoras deste projeto.

Comprometo-me a utilizar os dados coletados somente para pesquisa e os resultados poderão ser veiculados em livros, ensaios e ou artigos científicos em revistas especializadas e ou em eventos científicos, sem qualquer identificação do participante. Os resultados deste estudo serão apresentados a cada uma das participantes individualmente e presencialmente nas dependências do CAPS I, em data e horário previamente agendados com as mesmas.

Em anexo está o TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO para ser assinado, caso não tenha restado qualquer dúvida.

---

Luciana Cunha Velasques

Psicóloga/Pesquisadora (Fone: (067) 98148-0270)

e-mail: [ra866818@ucdb.br](mailto:ra866818@ucdb.br)

---

Profa. Dra. Heloísa Bruna Grubits

Professora/Orientadora

PPGPSI-UCDB (3312-3605)

## **Apêndice B. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE**

### **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)**

**Prezada Participante, este é um convite para participação de uma pesquisa, as informações da mesma constam nos itens abaixo. Faça a leitura de todos itens com atenção e, caso concorde em participar da mesma, assine-a no campo destinado ao participante que encontra-se localizado na página 4.**

#### **1. TÍTULO DO PROJETO DE PESQUISA**

“Aplicabilidade da Terapia Cognitivo Comportamental (TCC) em Grupo de Transtorno de Humor: Transtorno Bipolar I e II e Transtorno Depressivo Maior no Caps I”

#### **2. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO E CONTATO DOS (AS) PESQUISADORES (AS)**

Luciana Cunha Velasques - Psicóloga/Pesquisadora – CRP 14/03880-3

Telefone para contato: (67) 98148-0270

E-mail: ra866818@ucdb.br

#### **3. OBJETIVOS DA PESQUISA**

- Verificar a aplicabilidade da TCC em um grupo de mulheres com Transtorno de Humor: Transtorno Bipolar ( I e II) e Transtorno Depressivo Maior ( TDM) em um CAPS I.
- Criar protocolo para atendimento em grupo heterogêneo no CAPS I, sob base teórica da TCC.
- Avaliar a eficácia da TCC para atendimento em grupo heterogêneo de mulheres com TB I e II e TDM, antes e depois da intervenção.
- Avaliar por meio do testes EBADEP- A ( Escala Batista de Depressão), IHS 2 ( Inventário de Habilidades Sociais 2), e entrevista semi estruturada pré e pós intervenção, a diminuição de sintomas e adesão ao tratamento farmacológico.
- Compreender de que maneira a psicoeducação e treino de habilidades sociais das pacientes com TDM e TB I e II podem contribuir na mobilização da criação de estratégias cognitivas funcionais na interação entre ambas.

#### **4. JUSTIFICATIVA DA PESQUISA (SÍNTESE)**

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) foram criados no Brasil em 1986, e se consolidaram em todo o país como um instrumento na luta contra o modelo assistencial e manicomial vigente, a chamada Reforma Psiquiátrica. É um serviço aberto à comunidade, direcionado ao atendimento de pessoas com transtornos mentais severos e persistentes, incluindo pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras substâncias.

Dentro de suas especificidades o CAPS I é voltado ao atendimento de pessoas de todas faixas etárias, com intenso sofrimento psíquico decorrentes de transtornos mentais graves e persistentes, incluindo o uso de substâncias psicoativas, indicado para municípios ou regiões de saúde com população acima de 20 mil habitantes e abaixo de 70 mil habitantes.

O atendimento em grupo visa promover ações desenvolvidas de forma coletiva, como recurso para promover sociabilidade, intermediar relações, manejar dificuldades relacionais, possibilitando experiência de construção compartilhada, vivência de pertencimento, troca de afetos, autoestima, autonomia e exercício de cidadania, além de favorecer o atendimento a um maior número de paciente contribuindo para resoluções de problemas da comunidade tais como: fila de espera para atendimento no CAPS.

Tendo em vista que os Transtornos selecionados para pesquisa possuem algumas características de humores comuns, e funcionamentos cognitivos passíveis de comparação, a proposta de um trabalho de intervenção com mulheres em grupo de transtornos de humor faz-se necessária, pois visa atender as especificidades do CAPS, demonstrar a aplicabilidade da TCC em ambiente institucional, promover a adesão medicamentosa, prevenção de recaídas, proporcionar um espaço de aprendizado e de interação adequado a tais demandas.

## **5. DETALHAMENTO DO MÉTODO**

Em uma pesquisa a utilização de um método científico é necessário, pois engloba o conjunto de procedimentos adotados com objetivo de atingir um conhecimento, para tal, o método de procedimento a ser adotado será o método qualitativo.

A pesquisa qualitativa abrange grande número de formas de investigação de um fenômeno.

A modalidade de pesquisa qualitativa a ser adotada na presente pesquisa, vai ao encontro com os objetivos de um estudo de caso, que é mais adequado para este estudo, pois atende os objetivos da pesquisa, pois é caracterizado como um estudo aprofundado de um ou de poucos objetos, de maneira que permita um amplo e detalhado conhecimento, dentro de um contexto real.

O objeto de estudo será a eficácia da aplicabilidade de TCC em um grupo de mulheres com transtornos de humor TB I e II e TDM, de forma que possibilite a elaboração de um protocolo de atendimento para intervenção em grupo em um CAPS I e permita a interpretação do fenômeno dentro seu contexto natural, descobrindo conceitos e relações entre os dados, serão analisados os testes aplicados previamente ao início da intervenção em grupo (avaliação inicial): EBADEP- A (Escala Batista de Depressão-A), e IHS-2 (Inventário de Habilidades Sociais-2) e reaplicados ao término da intervenção (avaliação final), a dinâmica de funcionamento e da interação de um grupo de transtornos de humor sob a abordagem TCC, bem como maior adesão ao tratamento medicamentoso, melhora dos sintomas, interação social e estímulo nas habilidades sociais.

A abordagem qualitativa se faz necessária uma vez que é possível a imersão dentro do ambiente onde a pesquisa será desenvolvida, identificar dados que possam guiar instrumentos mais eficazes de abordagem e de intervenções, explorar, criar, descrever são possibilidades de uma pesquisa de abordagem qualitativa. A pesquisa exploratória, permitirá um planejamento flexível, de forma que visa facilitar a delimitação da pesquisa, orientação, formulação de hipóteses previamente ao estudo, ela aborda o estudo do tema sob diversos ângulos que envolvem: levantamento bibliográfico, entrevista com as pessoas envolvidas na pesquisa, análise de exemplos que estimulem a compreensão do fenômeno estudado.

## **6. POSSÍVEIS DESCONFORTOS E RISCOS, E COMO ESTES SERÃO MINIMIZADOS**

Sobre os riscos é válido considerar os sentimentos que podem ser despertados durante a intervenção, tais como: interferência na vida e na rotina das participantes, embaraço de interagir com estranhos, medo de repercussões eventuais, constrangimento em expor sentimentos ou atitudes disfuncionais.

Contrato terapêutico será um recurso utilizado para que o sigilo possa ser mantido, combinados em relação a respeito, empatia e paciência serão frisados em todo início de encontro.

Em virtude de sua experiência de 10 anos atuando como psicoterapeuta na abordagem TCC com grupos no CAPS I, a pesquisadora desenvolveu estratégias de trabalho fundamentadas nas teorias que embasam a técnica da TCC em grupo, que lhe permitem oferecer todo o suporte necessário às participantes que por ventura experimentarem e manifestarem desconfortos relacionados a questões pessoais expostas nos atendimentos.

## 7. POSSÍVEIS BENEFÍCIOS ESPERADOS:

Os possíveis benefícios da pesquisa será demonstrar que utilizar a TCC em grupo para atendimento transtornos de humor favorece a psicoeducação, bem como tal intervenção em um grupo heterogêneo pode apoiar as participantes na adesão medicamentosa, promover a interação social em um grupo heterogêneo também poderá favorecer a prevenção de recaídas, fortalecimento de habilidades sociais dos participantes.

A partir dos dados produzidos neste estudo, poderá ser possível a observação dos resultados obtidos, bem como a reprodução do mesmo, no trabalho dos psicoterapeutas da TCC que atendem grupos de pacientes como o diagnóstico dos transtornos de transtornos de humor, estudados nesta pesquisa. Os possíveis achados científicos, poderão ser divulgados em formato de palestras, oficinas, cursos, artigos, e em diversos formatos de comunicação da atualidade, de forma que contribua na formação de novos psicoterapeutas cognitivos comportamentais, médicos e psiquiatras, além de colaborar na prática e formação com profissionais psicólogos que atuam nos CAPS de todo Brasil.

Considerando as informações constantes dos itens acima e as normas expressas na Resolução Número 466/12 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde (**disponível para leitura na unidade de atendimento**), que diz respeito sobre os direitos e deveres dos participantes da pesquisa, concordo, de modo livre e esclarecido, participar da presente pesquisa, na condição de participante, em sessões de psicoterapia em grupo, permitindo que os conteúdos das sessões sejam posteriormente transcritos, e mensurados, com a finalidade de estudo científico, sabendo que:

1. A participação em todos os momentos e fases da pesquisa é voluntária e não implica quaisquer tipos de despesa e/ou ressarcimento financeiro. Em havendo despesas operacionais, estas deverão estar previstas no Cronograma de Desembolso Financeiro e em nenhuma hipótese poderão recair sobre o participante da pesquisa e/ou seu responsável;
2. É garantida a indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa,
3. É garantida a liberdade de retirada do consentimento e da participação no respectivo estudo a qualquer momento, sem qualquer prejuízo, punição ou atitude preconceituosa, podendo participar de outras pesquisas futuras;
4. É garantido o anonimato;
5. Os dados coletados só serão utilizados para a pesquisa e os resultados poderão ser veiculados em livros, ensaios e/ou artigos científicos em revistas especializadas e/ou em eventos científicos, sem qualquer identificação do participante;

6. Serei informada sobre os resultados do estudo após defesa da dissertação da pesquisa pelo pesquisador, por meio de relatório redigido e entregue em reunião agendada com os participantes da pesquisa.

7. A pesquisa aqui proposta foi aprovada pelo **Comitê de Ética em Pesquisa (CEP)**, da **Universidade Católica Dom Bosco (UCDB)**, situado na Av. Tamandaré, 6000, Bairro Jardim Seminário, Campo Grande – MS (e-mail cep@ucdb.br; telefone para contato (67) 3312-3478); que a referenda e

8. O presente termo está assinado em duas vias e rubricado em todas as páginas numeradas.

Campo Grande-MS \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

---

Assinatura Participante da Pesquisa

---

Luciana Cunha Velasques  
Psicóloga/Pesquisadora (Fone: (067) 98148-0270)  
e-mail: [ra866818@ucdb.br](mailto:ra866818@ucdb.br)

---

Profa. Dra. Heloísa Bruna Grubits  
Professora/Orientadora  
PPGPSI-UCDB (3312-3605)

## Apêndice C. Entrevista Semi- Estruturada

### I – DADOS SOBRE SAÚDE:

Está realizando algum tratamento médico? ( ) Sim ( ) Não. Qual?

---

---

---

---

Hipótese Diagnóstica / CID10:

---

---

---

Faz uso de medicação de uso contínuo? ( ) Sim ( ) Não. Quais?

---

---

---

---

Teve alguma reação adversa ao medicamento? ( ) Sim ( ) Não. Quais?

---

---

---

---

### II – DADOS SOBRE HISTÓRIA DO PACIENTE:

( História pessoal, curso da doença, uso de substância psicoativa, eventos marcantes, interação social).

---

---

---

---

---







## Apêndice E. Contrato terapêutico ( Atendimento em Grupo)

### LEIA COM ATENÇÃO AS ORIENTAÇÕES:

Bem vindo à PSICOTERAPIA EM GRUPO, seremos parceiros (as) neste processo dinâmico e enriquecedor que é a Psicoterapia. O contrato é uma das primeiras etapas do processo terapêutico. É realizado tanto verbalmente quanto por escrito, sempre de forma objetiva e clara.

Neste contrato há no mínimo a delimitação:

- Dos papéis: ao terapeuta cabe à escuta técnica e reflexiva e as intervenções devidas e aos participantes expressar suas necessidades de forma voluntária.

- Do lugar:

Local físico onde a terapia vai ocorrer: **CAPS**

- Dos horários:

O grupo acontecerá semanalmente (preferencialmente as sextas-feiras) às 09 horas na sala de artesanato do CAPS, com duração aproximada de 60 minutos.

Quantidade de encontros propostos: 14 encontros.

- Informações importantes:

Celulares são permitidos desde que em modo silencioso.

Tarefas de casa poderão ser solicitadas, procure executá-las pois contribuirão para o bom andamento da psicoterapia (Caso tenha dúvidas, compartilhe com o psicoterapeuta)

**Imprevistos acontecem, favor avisar quando não puder comparecer nas sessões**

**Trata-se de um grupo fechado, havendo a necessidade de alterações no formato do grupo, esse contrato pode ser modificado , desde que haja concordância dos membros do grupo.**

**Todas terão momentos para compartilhar, caso seja necessário, é importante estar atenta a fala da outra e aguardar sua vez.**

- **SIGILO: PARA SENTIR-SE A VONTADE É NECESSÁRIO CONFIANÇA EM TODOS OS MEMBROS, PORTANTO O QUE É DITO NO GRUPO, FICA NO GRUPO.**

**Para o bom andamento do processo psicoterapêutico é importante que você venha pronto para ouvir, compartilhar,sinta-se a vontade, este é o seu momento!!**

**Assinatura:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Data:** \_\_\_\_\_

**Psicóloga/Pesquisadora Responsável:**



---

---

---

---

---

---

## **Apêndice G. Sugestão do Protocolo para Grupo em Transtornos de Humor após intervenção**

Protocolo Sugerido para Grupo Terapêutico em TCC para Transtornos de Humor

Base teórica: Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC)

Formato: 6 a 10 participantes

Duração das sessões: 60 a 90 minutos

Frequência: Semanal

Público-alvo: Adultos com diagnóstico de transtornos de humor (Transtorno Depressivo Maior e Transtorno Bipolar I ou II)

Estrutura das Sessões:

### **Sessão 1 -**

Atendimento individual: Convite formal de maneira individual a cada participante, apresentação da TCLE, e Carta de Consentimento Livre e Esclarecido, orientações acerca do funcionamento do grupo ( quantidade de sessões, objetivo do grupo)

### **Sessão 2 –**

Introdução ao Grupo.

Objetivo: Estabelecer vínculo, criar aliança terapêutica, Definição de regras do contrato terapêutico. Aplicação do instrumento que avaliará a eficácia do grupo conforme os objetivos definidos previamente.

apresentação, e orientações acerca do preenchimento instrumento de avaliação selecionado.

Recursos utilizados: Dinâmica de apresentação: Folha de papel A4 e lápis de cor. A dinâmica de apresentação utilizada no presente estudo, foi a dinâmica do autorretrato, que consiste na entrega de uma folha para cada participante, e feita a solicitação que façam um desenho que a retrate (10 min.) após o tempo destinado ao desenho, cada participante apresenta seu autorretrato, destacando informações relacionadas a idade, estado civil, escolaridade, hobbies e percepções sobre si.

Instrumento de avaliação selecionado: EBADEP-A e IHS 2.

### **Sessão 3 –**

Pensamentos Automáticos, Psicoeducação sobre transtornos de humor, Monitoramento de Humor.

Objetivo: Início da psicoeducação sobre os transtornos, identificação dos pensamentos automáticos associados ao humor, através do monitoramento de humor.

Na terceira sessão em grupo, o modelo cognitivo e relação entre pensamento, emoção e comportamento são abordados, a maneira que influenciam no humor diante das decisões, e no cotidiano de cada participante. As participantes são convidadas a monitorar o humor. Tal atividade é importante para o terapeuta responsável observar qual o conhecimento sobre os transtornos que as participantes detêm, e a partir de tal informação elaborar a psicoeducação de acordo com a demanda do grupo.

Recursos Utilizados: Sugere-se que as participantes façam o registro de humor, no celular ( em bloco de notas ou gravador de voz) nas situações que sentir uma emoção intensa confortável ou desconfortável (no monitoramento foi proposto seguir o seguinte roteiro: informar dia , horário, situação e emoção).

Foi elaborado um folheto explicativo sobre os transtornos de Humor, para levar para casa, como forma de fornecer orientações aos familiares e para uso pessoal. No folheto constavam informações sobre o TB I e II e TDM, usando informações descritas em DSM5-TR, tais como: principais sintomas, importância de rede de apoio e uso de prescrição medicamentosa.

### **Sessão 4 –**

Psicoeducação sobre Transtornos de Humor. Monitoramento de humor.

Objetivo: Fortalecimento do processo psicoeducativo, incentivar o monitoramento de humor como forma de gerenciar emoções.

Na quarta sessão sugere-se que as participantes compartilhem sobre monitoramento

de humor e as dificuldades em relação a nomear suas emoções.

Recursos utilizados: Roda de conversa.

### **Sessão 5 –**

Monitoramento de Humor, Compartilhando experiências.

Objetivo: Avaliar impacto dos sintomas relacionados aos transtornos no dia a dia.

Na quinta sessão de atendimento em grupo, as participantes expuseram situações de suas vidas e que percebem que estavam em crise no momento de tomada de algumas decisões e na expressão de determinadas emoções.

Recursos utilizados: Roda de conversa.

### **Sessão 6 –**

Estratégias funcionais para lidar com crises diante da alteração de humor.

Objetivo: Estimular possibilidades saudáveis para lidar com situações em que a alteração de humor é percebida.

Na sexta sessão de atendimento em grupo, estratégias funcionais são propostas, tais como: acionar rede de apoio em momentos de dificuldades emocionais, comparecer no CAPS I ( local da presente pesquisa) para busca de atendimento, estratégias de auto regulação (relaxamento), exercícios de autocontrole, planejamento de atividades prazerosas e funcionais, ativação comportamental.

Recursos utilizados: Roda de conversa, caixa de música para treino de relaxamento, folhas de papela A4.

### **Sessão 7 –**

Identificar barreiras e reformular pensamentos que dificultam a ação, Habilidades de Enfrentamento, estratégias adaptativas vs. desadaptativas, Técnicas de resolução de

problemas.

Objetivo:

Estimular a elaboração de estratégias reais e possíveis. Identificar sintomas relacionados aos transtornos, plano de enfrentamento de situações difíceis.

Recursos utilizados: Roda de conversa.

### **Sessão 8 –**

Reforço de Comportamento Pró-ativo.

Objetivo: Fortalecer estratégias saudáveis, e retorno de atividades que proporcionam bem estar as participantes, introdução ao agendamento de atividades prazerosas e funcionais

Na oitava sessão as participantes são convidadas a refletir sobre as atividades que faziam antes do diagnóstico e são estimuladas a elaborar estratégias reais de retorno ao que lhes causavam sentimentos de bem estar, considerando suas emoções e habilidades.

Recursos utilizados: Roda de conversa.

### **Sessão 09 -**

Estratégias para lidar com Pensamentos e Comportamentos Impulsivos.

Objetivo: Elaborar em conjunto com as participantes estratégias de acordo com as demandas relacionadas a impulsividade: incluir a rede de apoio nas decisões, técnica das 48 horas ( consiste em após “decidir algo que possa ter consequências”, aguardar 48h para a decisão definitiva, pois prevê que se for “uma boa decisão, saudável”, 48 horas depois continuara sendo) , técnica da reflexão ( envolve perguntas a si: a decisão que estou tomando pode causar prejuízos aos outros?, esta decisão tem potencial destrutivo?), técnica dos quadros (descrever a idéia central e razões para realizar ou não a idéia, ao fim avaliar os benefícios que terá ou não em realizar a idéia).

Recursos utilizados: Roda de conversa, folha de papel A4 e lápis.

### **Sessão 10 -**

Sessão de interação - Livre, Dinâmicas de grupo.

Objetivo: Proporcionar um ambiente acolhedor, de interação social entre as participantes, afim de fortalecimento da coesão grupal.

Recurso utilizado:

Roda de conversa, caixa de papelão, caixa de reprodução de músicas.

### **Sessão11 –**

Psicoeducação em Habilidades Sociais ( Parte 1) 5 Habilidades.

Objetivo: Promover o conhecimento acerca das habilidades sociais e comunicação assertiva, passividade vs. agressividade nos transtornos de humor.

Na nona sessão, baseada nas Habilidades Sociais estudadas por Del Prette, Del Prette, que refere a existência de 10 habilidades, 5 habilidades ( Comunicação, Civilidade, Início e Manutenção de Amizades, Empatia, Assertivas) são explanadas com exemplos do dia a dia, e a possibilidade de inseri-las no cotidiano de cada participante. A tarefa de casa será praticar alguma dessas habilidades de maneira consciente.

Recursos utilizados: Quadro branco e Caneta para quadro.

### **Sessão 12 -**

Psicoeducação em Habilidades Sociais ( Parte 2) 5 Habilidades

Objetivo: Desenvolver habilidades sociais e comunicação assertiva, favorecer a expressão de sentimentos de maneira assertiva.

Na décima sessão, foi dada continuidade nas orientações sobre as Habilidades Sociais estudadas por Del Prette, Del Prette, 5 habilidades ( Expressão de solidariedade,

manejo de conflitos , expressar afeto e intimidade, Coordenar grupo, Falar em público). O uso de exemplos do dia a dia, pode facilitar a compreensão pelas participantes. As participantes expuseram como conseguiram colocar em prática a tarefa solicitada, com as facilidades e dificuldades encontradas.

Recursos utilizados: Quadro branco e Caneta para quadro.

### **Sessão 13 –**

Aplicação do Instrumento de avaliação selecionado: EBADEP-A e IHS 2

Objetivo: Avaliar se houve mudanças positivas após as intervenções.

### **Sessão 14 -**

Prevenção de Recaídas, Aplicação de questionário de avaliação final e Encerramento do grupo.

Objetivo: Identificar sinais precoces e gatilhos de recaída, preparação para prevenção de recaídas, o que fazer quando a recaída começar, o que pensar, criação de plano de segurança. Encerrar o grupo, reforçar conquistas e vínculos. Feedback entre as participantes.

## **ANEXOS**

## Anexo 1. Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa

UNIVERSIDADE CATÓLICA  
DOM BOSCO - UCDB



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Aplicabilidade da Terapia Cognitivo Comportamental em Grupo Heterogêneo: Transtorno Bipolar ( I e II) e Transtorno Depressivo Maior no CAPS I

**Pesquisador:** LUCIANA CUNHA VELASQUES

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 78864524.1.0000.5162

**Instituição Proponente:** Universidade Católica Dom Bosco

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 6.879.086

#### Apresentação do Projeto:

As informações referentes aos tópicos 'Informações do Projeto' foram extraídas do documento "PB\_INFORMAÇÕES\_BÁSICAS\_DO\_PROJETO\_2303788", postado pela autora. Na busca de referencial teórico e sistematizado para atendimento em grupo de pacientes com transtornos mentais heterogêneos pela abordagem da Terapia Cognitivo Comportamental, não foram encontrados nas bases de dados Scielo e Lilacs artigos específicos sobre tal atuação no Caps, portanto, este projeto de pesquisa objetiva verificar a aplicabilidade da TCC em grupo com transtornos mentais heterogêneos (Transtorno Bipolar I e II, e Transtorno Depressivo Maior) em um Caps I no município de Naviraí/MS. Tendo em vista que os Transtornos aqui selecionados para pesquisa possuem algumas características de humores comuns conforme critérios do DSM 5TR, tais como: humor deprimido, alterações no apetite, insônia e/ou hipersonia, agitação e/ou retardo psicomotor; a proposta de um trabalho de intervenção em grupo de transtornos heterogêneos pode ser um recurso viável, pois visa atender as especificidades de um CAPS, e demonstrar a aplicabilidade da TCC em ambiente institucional, além de promover a adesão medicamentosa, colaborar na prevenção de recaídas e proporcionar um espaço de aprendizado e de interação adequado a tais demandas.

#### Objetivo da Pesquisa:

As informações referentes aos tópicos 'Objetivo da Pesquisa', foram extraídas do documento

**Endereço:** Av. Tamandaré, 6000 Bloco Administrativo 2º Piso, Sala C007

**Bairro:** Jardim Seminário **CEP:** 79.117-900

**UF:** MS **Município:** CAMPO GRANDE

**Telefone:** (67)3312-3478

**E-mail:** cep@ucdb.br

Continuação do Parecer: 6.879.086

"PB\_INFORMAÇÕES\_BÁSICAS\_DO\_PROJETO\_2303788", postado pela autora. Objetivo Primário: Verificar a possibilidade de aplicar a TCC em um grupo heterogêneo de mulheres portadoras de Transtorno Bipolar ( I e II) e Transtorno Depressivo Maior (TDM) em um CAPS I. Objetivo Secundário: Criar protocolo para atendimento em grupo heterogêneo no CAPS I, sob base teórica da TCC.ζ Avaliar a eficácia da TCC para atendimento em grupo heterogêneo de mulheres portadoras de TB I e II e TDM, antes e depois da intervenção.ζ Avaliar por meio do testes EBADEP- A (Escala Batista de Depressão), IHS 2 ( Inventário de Habilidades Sociais 2), e entrevista semi estruturada pré e pós intervenção, a diminuição de sintomas e adesão ao tratamento farmacológico.ζ Compreender de que maneira a psicoeducação e treino de habilidades sociais das pacientes portadoras de TDM e TB I e II podem contribuir na mobilização da criação de estratégias cognitivas funcionais na interação entre ambas.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

As informações referentes aos tópicos Avaliação dos Riscos e Benefícios ' foram extraídos do documento "PB\_INFORMAÇÕES\_BÁSICAS\_DO\_PROJETO\_2303788", postado pela autora. Riscos: Sobre os riscos é válido considerar os sentimentos que podem ser despertados durante a intervenção, tais como: interferência na vida e na rotina das participantes, embaraço de interagir com estranhos, medo de repercussões eventuais, constrangimento em expor sentimentos ou atitudes disfuncionais. Contrato terapêutico será um recurso utilizado para que o sigilo possa ser mantido, combinados em relação a respeito, empatia e paciência serão frisados em todo início de encontro. Em virtude de sua experiência de 10 anos atuando como psicoterapeuta na abordagem TCC com grupos no CAPS I, a pesquisadora desenvolveu estratégias de trabalho fundamentadas nas teorias que embasam a técnica da TCC em grupo, que lhe permitem oferecer todo o suporte necessário às participantes que por ventura experimentarem e manifestarem desconfortos relacionados a questões pessoais expostas nos atendimentos. Benefícios: Os possíveis benefícios da pesquisa será demonstrar que utilizar a TCC em grupo para atendimento transtornos mentais heterogêneos favorece a psicoeducação, bem como tal intervenção em um grupo heterogêneo pode apoiar as participantes na adesão medicamentosa. Promover a interação social em um grupo heterogêneo pode favorecer a prevenção de recaídas, fortalecimento de habilidades sociais dos participantes. A comunidade científica poderá ter dados e compreender de que maneira as crenças das pacientes portadoras de TDM e TB I e II podem contribuir na mobilização da criação de estratégias cognitivas funcionais na interação entre ambas, com a elaboração de protocolos de atendimento

**Endereço:** Av. Tamandaré, 6000 Bloco Administrativo 2º Piso, Sala C007  
**Bairro:** Jardim Seminário **CEP:** 79.117-900  
**UF:** MS **Município:** CAMPO GRANDE  
**Telefone:** (67)3312-3478 **E-mail:** cep@ucdb.br

Continuação do Parecer: 6.879.086

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Vide "Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações"

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Vide "Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações"

**Recomendações:**

Vide "Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações"

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

O pesquisador apresentou todos os documentos de acordo com o recomendado na Resolução CNS nº 466/12 e outras que regulamentam as pesquisas. O TCLE atende às necessidades das resoluções.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Diante do exposto, a Comitê de Ética em Pesquisa, CEP/UCDB, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS nº 466 de 2012 e na Norma Operacional nº 001 de 2013 do CNS, manifesta-se pela aprovação do projeto de pesquisa.

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Outros	carta_respostacep.pdf	21/05/2024 11:52:22	REGIANE NOGUEIRA DA SILVA	Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2303788.pdf	20/05/2024 21:40:23		Aceito
Outros	instrumentodepesquisa.docx	20/05/2024 20:26:37	LUCIANA CUNHA VELASQUES	Aceito
Cronograma	novoCRONOGRAMADEATIVIDADESpaplatformabrasil.docx	20/05/2024 20:24:14	LUCIANA CUNHA VELASQUES	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projetodepesquisaprontoparaPlataformaBrasil.docx	20/05/2024 20:23:17	LUCIANA CUNHA VELASQUES	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	novoTCLPparaplatformabrasil3.pdf	20/05/2024 20:22:19	LUCIANA CUNHA VELASQUES	Aceito
Outros	anuenciagerente2.pdf	20/03/2024 20:46:59	LUCIANA CUNHA VELASQUES	Aceito
Outros	anuenciagerente1.pdf	20/03/2024 20:45:21	LUCIANA CUNHA VELASQUES	Aceito

**Endereço:** Av. Tamandaré, 6000 Bloco Administrativo 2º Piso, Sala C007

**Bairro:** Jardim Seminário **CEP:** 79.117-900

**UF:** MS **Município:** CAMPO GRANDE

**Telefone:** (67)3312-3478

**E-mail:** cep@ucdb.br

UNIVERSIDADE CATÓLICA  
DOM BOSCO - UCDB



Continuação do Parecer: 6.879.086

Folha de Rosto	folharostoLucianaVelasques.pdf	20/03/2024 12:53:26	LUCIANA CUNHA VELASQUES	Aceito
----------------	--------------------------------	------------------------	----------------------------	--------

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

CAMPO GRANDE, 10 de Junho de 2024

---

**Assinado por:**  
**LUDOVICO MIGLIOLO**  
**(Coordenador(a))**

**Endereço:** Av. Tamandaré, 6000 Bloco Administrativo 2º Piso, Sala C007  
**Bairro:** Jardim Seminário **CEP:** 79.117-900  
**UF:** MS **Município:** CAMPO GRANDE  
**Telefone:** (67)3312-3478 **E-mail:** cep@ucdb.br

Página 04 de 04