

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS MÉDICAS - PSIQUIATRIA



Aluna de Doutorado: Psic. Ms. Maria Isabel Perez Mattos

TESE DE DOUTORADO

**PSICOTERAPIA INTERPESSOAL EM GRUPO (TIP-G): INTERVENÇÃO NA
DEPRESSÃO RESISTENTE E IMPLEMENTAÇÃO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM
SAÚDE MENTAL**

Orientador: Prof. Dr. Marcelo Pio de Almeida Fleck

Porto Alegre

2022

Psic. Ms. Maria Isabel Perez Mattos

TESE DE DOUTORADO

**PSICOTERAPIA INTERPESSOAL EM GRUPO (TIP-G): INTERVENÇÃO NA
DEPRESSÃO RESISTENTE E IMPLEMENTAÇÃO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM
SAÚDE MENTAL**

Tese apresentada no Programa de Pós-Graduação em Psiquiatria e Ciências do Comportamento da Universidade Federal do Rio Grande do Sul como requisito parcial para a obtenção do título de Doutor em Psiquiatria.

Orientador: Prof. Dr. Marcelo Pio de Almeida Fleck

Porto Alegre
2022

CIP - Catalogação na Publicação

Mattos, Maria Isabel Perez
Utilização da Psicoterapia Interpessoal em Grupo
(TIP-G) em diferentes contextos / Maria Isabel Perez
Mattos. -- 2022.
94 f.
Orientador: Marcelo Pio de Almeida Fleck.

Tese (Doutorado) -- Universidade Federal do Rio
Grande do Sul, , Porto Alegre, BR-RS, 2022.

1. Depressão Maior. 2. Depressão Resistente ao
Tratamento. 3. Ciência da Implementação. 4.
Psicoterapia Interpessoal em Grupo. 5. Atenção
Primária. I. Fleck, Marcelo Pio de Almeida, orient.
II. Título.

Elaborada pelo Sistema de Geração Automática de Ficha Catalográfica da UFRGS com os
dados fornecidos pelo(a) autor(a).

Psic. Ms. Maria Isabel Perez Mattos

TESE DE DOUTORADO

**PSICOTERAPIA INTERPESSOAL EM GRUPO (TIP-G): INTERVENÇÃO NA
DEPRESSÃO RESISTENTE E IMPLEMENTAÇÃO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM
SAÚDE MENTAL**

Tese apresentada no Programa de Pós-Graduação em Psiquiatria e Ciências do Comportamento da Universidade Federal do Rio Grande do Sul como requisito parcial para a obtenção do título de Doutor em Psiquiatria.

Porto Alegre, 29 de novembro de 2022.

Aprovado em: 29/11/2022

Profª. Dra. Neusa Sica da Rocha
Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Prof. Dr. Gabriel Binkowski
Universidade Federal de São Paulo

Prof. Dr. Christian Haag Kristensen
Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul

Prof. Dr. Marcelo Pio de Almeida Fleck
Orientador

AGRADECIMENTOS

Desejo exprimir os meus agradecimentos a todos aqueles que, de alguma forma, permitiram que esta tese se concretizasse. Em primeiro lugar, e em especial, quero agradecer ao Prof. Dr. Marcelo Pio de Almeida Fleck, que se tornou para mim um importante modelo profissional, de pensamento científico e ético ao longo da minha trajetória. Agradeço por ter me oportunizado fazer parte do seu grupo de trabalho e ter acreditado em mim e nas minhas capacidades, e por ter me orientado de forma brilhante, gentil e resiliente especialmente nos períodos difíceis durante a pandemia de COVID-19.

Agradeço ao Prof. Dr. Scott Stuart, Diretor do *IPT Institute Iowa* (USA) e coautor dos artigos publicados por compartilhar seu amplo conhecimento em Psicoterapia Interpessoal, tema desta tese.

Ao Prof. Dr. Giovanni Salum, pela oportunidade de desenvolver um braço deste estudo na Secretaria da Saúde do Município de Porto Alegre e pela ajuda preciosa, brilhante e criativa dada na elaboração do artigo sobre a Implementação da Psicoterapia Interpessoal em grupo na atenção primária.

À Prof.^a Dra. Daniela Knauth, desejo expressar o meu muito obrigada por contribuir de forma generosa na orientação em análise qualitativa, uma das áreas de estudo desta tese.

À Prof.^a Dra. Lisia Von Diemen, pela generosidade no compartilhamento de literatura acerca da Ciência da Implementação, área nova do conhecimento científico que contribuiu para nortear a elaboração desta tese.

Agradeço o bom convívio, as boas discussões e o espírito científico do grupo de pesquisa composto por calorosos colegas e pelos profs. Drs. Marco Antônio Caldieraro e Bruno Paz Mosqueiro, coautores de meus artigos. Ambos desempenhando importante papel no meu aprendizado e desenvolvimento ao longo do período de doutoramento.

Meu muito obrigada a todos os professores do Pós-Graduação em Psiquiatria e Ciências do Comportamento da UFRGS pelos valiosos ensinamentos e inspiração profissional. Em especial aos membros da minha banca de doutorado Profa.^a Dra. Gisele Gus Manfro, Prof. Dr. Giovanni Salum e ao Prof. Dr. Christian Haag Kristensen.

Meus agradecimentos às auxiliares de pesquisa Ariane Chini, Laura Wolf de Souza, Rachel Nery e Manoella Pestana Lopes por sua disponibilidade e incansável interesse em contribuir ao longo das etapas da realização do projeto de pesquisa que resultou na presente tese de doutorado.

Meus agradecimentos especiais a minha família e em especial a minha filha Victória Mattos Mainieri Paulon pelo apoio, paciência e resiliência durante o período de doutoramento, tendo tolerado me dividir com as intensas atividades deste período.

To him who devotes his life to science, nothing can give more happiness than increasing the number of discoveries, but his cup of joy is full when the results of his studies immediately find practical applications.

Louis Pasteur

RESUMO

Introdução: A psicoterapia interpessoal foi introduzida nos anos 1970 por Klerman e Weissman para o tratamento da Depressão, tendo sido testada em diversos ensaios clínicos controlados. É uma técnica de tratamento de tempo limitado, planejada inicialmente para tratar a fase aguda das depressões maiores, unipolares e não-psicóticas, tendo como foco a melhoria de habilidades de comunicação interpessoal. A terapia interpessoal em grupo foi adaptada por Wilfey e colaboradores (1998) e é baseada na ideia de que muitas das dificuldades que as pessoas têm nas suas vidas podem ser entendidas como um problema de convívio e os grupos oferecem uma oportunidade ímpar para aprender a discriminar os padrões interpessoais disfuncionais dos adaptativos. Além disso, a TIP-G é bastante custo-efetiva tornando-se uma opção recomendada à população de baixa renda. Apesar das evidências crescentes dos benefícios dos tratamentos psicológicos (TPs) em países de baixa e média renda, poucos sistemas nacionais de saúde têm adotado psicoterapias como opção de cuidado. A capacitação e a implementação em psicoterapias breves e em grupo poderiam acrescentar, portanto, um maior repertório de alternativas de tratamento tanto em cuidado primário como em cuidado secundário nas depressões resistentes ao tratamento. A disseminação e a implementação no mundo real de estratégias de tratamento baseadas em evidência, é fundamental para dar um retorno à sociedade das verbas investidas em pesquisa. A Ciência da Implementação propõe uma metodologia mais eficaz de transmissão e aplicação de novos conhecimentos. Por outro lado, a metodologia qualitativa pode contribuir na compreensão dos fenômenos que ocorrem durante uma psicoterapia e servir como geradora de hipóteses. **Objetivos:** a) descrever a tentativa de implementação da Terapia Interpessoal em Grupo (TIP-G) na Atenção Primária de Saúde, utilizando os princípios de Ciência de Implementação; b) descrever o processo terapêutico da Terapia Interpessoal em Grupo (TIP-G) numa amostra de pacientes com depressão resistente utilizando a metodologia qualitativa. Os objetivos foram traduzidos na forma de dois artigos: 1) Implementação da Psicoterapia Interpessoal em Grupo na Atenção Primária; 2) Efeitos da Terapia Interpessoal em grupo (TIP-G) em pacientes com Depressão Resistente ao Tratamento: uma análise qualitativa. **Artigo 1) Resultados:** 120 profissionais responderam ao pré-teste e 84 ao pós-teste de conhecimentos sobre TIP. A média do pré-teste foi de 8,2 (dp 2,8) e do pós-teste foi de 12,2 (dp 3,3). A diferença entre as médias foi -4,02 com CI 95% entre -4,87 e -3,17 ($p < 0.001$). Foram supervisionados 20 profissionais, um grupo de TIP-G foi efetivamente iniciado na rede. A análise qualitativa identificou 12 barreiras e 6 facilitadores no contexto individual (profissional), da organização e do sistema. **Discussão:** O curso teve adesão de um grande número de profissionais e aumentou a proficiência em TIP-G, porém apenas 20% de profissionais compareceu às supervisões. A implementação sofreu impacto de diversas barreiras, especialmente o impacto de mudanças ocupacionais. **Conclusões:** A implementação da TIP-G na atenção primária é um processo complexo que envolve várias etapas. A primeira etapa que correspondeu à formação de profissionais de saúde em TIP-G foi relativamente bem sucedida. No entanto, as etapas subsequentes foram mais difíceis de implementar devido ao surgimento de barreiras. Portanto, um planejamento cuidadoso da implementação da TIP-G é essencial para maximizar o sucesso dessa iniciativa inovadora. **Artigo 2) Resultados:** Seguindo as principais áreas problema da TIP, foram gerados quatro temas: “Melhorar a comunicação” associada a Disputas Interpessoais; “Relações sem saída” – dificuldade em lidar com conflitos; Doenças crônicas e depressão; e Aceitação da perda como parte do luto. **Discussão:** A narrativa dos pacientes que apresentaram melhora dos sintomas depressivos foi diferente daqueles que não melhoraram. A disputa Interpessoal foi a área problema onde a diferença entre os dois subgrupos foi mais acentuada: pacientes com disputas interpessoais intensas e difíceis de resolver foram identificados no grupo que não

melhorou sintomaticamente e foi difícil para esses pacientes se beneficiarem com a técnica da TIP-G. **Conclusões:** Os benefícios da TIP-G foram associados qualitativamente a melhora da sintomatologia depressiva em pacientes com Depressão Resistente ao Tratamento em um serviço ambulatorial terciário. No entanto, um subgrupo de pacientes que apresentou Disputas Interpessoais graves relacionadas ao relacionamento familiar ou ao de casal não obteve o mesmo efeito em termos de redução de sua sintomatologia depressiva por meio da TIP-G.

PALAVRAS-CHAVE: Depressão Maior; Depressão Resistente ao Tratamento; Ciência da Implementação; Psicoterapia Interpessoal em Grupo; Atenção Primária; Análise Qualitativa.

ABSTRACT

Interpersonal psychotherapy was introduced by Klerman and Weissman in the 1970's for the treatment of Depression and has been tested in several controlled clinical trials. It is a time limited treatment technique initially planned to treat the acute phase of major depressions and focused on the improvement of interpersonal communication skills. The Group Interpersonal Psychotherapy was adapted by Wilfey and colleagues (1998) and is based on the idea that many of the difficulties people have in their lives can be understood as a conviviality issue. Therefore, the groups offer a unique opportunity to learn to distinguish the interpersonal dysfunctional patterns from the adaptive. Beyond that, the IPT-G is very cost-effective, so it is a good alternative for low-income populations. In spite of the increasing evidences of the benefits of psychological treatments (PTs) in low-income and average-income countries, few national health systems have been utilizing psychotherapy as a care alternative (possibly due to the lack of training of professionals in this technique). Training and implementation in brief and group psychotherapy could, therefore, add a greater set of treatment alternatives in primary and in secondary care in Treatment Resistant Depression (TRD). The dissemination and implementation of evidence-based treatment in the real world is critical to giving society a return on research investment. Implementation Science proposes more effective methodology transmitting and applying new knowledge. In a different way, qualitative methodology can contribute to the understanding of the phenomena that occur during psychotherapy and serve as a generator of hypotheses. **Objectives:** a) To describe the attempt to implement IPT-G in Primary Care, using the principles of Implementation Science; b) To describe the therapeutic process of IPT-G in a sample with TRD using a qualitative methodology. The objectives were translated in two articles: 1) Implementation of Group Interpersonal Psychotherapy in Primary Care; 2) Effect of Group Interpersonal Psychotherapy in patients with Treatment Resistant Depression: A qualitative analysis. **Article 1) Results:** 120 clinicians answered the TIP knowledge pre-test; 84 completed the TIP knowledge post-test. There was a highly significant difference in knowledge about IPT-G comparing pre- and post-test scores. Of those initially trained, twenty completed additional supervision in IPT-G. The qualitative analysis identified 12 barriers and six facilitators to implementing IPT-G in individual, organizational, and systemic contexts. **Discussion:** The course was well-received and significantly increased proficiency in IPT-G. However, only 20% of clinicians attended additional supervision. Several barriers impacted the implementation, especially the impact of occupational changes and the COVID-19 Pandemic. **Conclusion:** Implementation of IPT-G in primary care is a complex process comprising several steps. The first step involving training of health professionals in IPT-G was relatively successful. However, subsequent steps were more complex due to barriers. Therefore, careful planning of IPT-G implementation is essential to maximize the success of this innovative initiative. **Article 2) Results:** Following IPT's main problem areas, four themes were generated: "Improving communication" associated with Interpersonal Disputes; "Dead end relationships" – difficulty in dealing with conflicts; Chronic diseases and depression; and Acceptance of loss as a part of grieving. **Discussion:** The narrative of patients who showed improved depressive symptoms was different from those who did not improve. Interpersonal Dispute was the focus area where the difference between the two subgroups was more accentuated: patients with intense, hard-to-solve interpersonal disputes were identified in the group that did not improve symptomatically and it was hard for these patients to engage with IPT-G techniques. **Conclusion:** IPT-G benefits were qualitatively associated to the improvement of depressive symptomatology in patients with TRD in a tertiary outpatient service. However, a subgroup of patients who experienced severe family or couples-related

Interpersonal Disputes did not achieve the same effect in terms of reducing their depressive symptomatology through IPT-G.

KEYWORDS: Major Depression; Treatment Resistant Depression; Implementation Science; Group Interpersonal Psychotherapy; Primary Care; Qualitative Analysis.

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	15
1. INTRODUÇÃO.....	17
2. REVISÃO DE LITERATURA	20
2.1. A Depressão Resistente ao Tratamento.....	20
2.2. O modelo Interpessoal	21
2.3. A modalidade em grupo: TIP-G	24
2.4. A Ciência da implementação.....	26
2.5 Análise qualitativa: <i>Framework Method</i>	28
3. OBJETIVOS.....	33
3.1. Objetivos gerais	33
3.2.1. Implementação na Atenção Primária.....	33
3.2. Objetivos específicos	33
4. HIPÓTESES	33
5. METODOLOGIA.....	35
5.1. Delineamento	35
5.2. População em estudo.....	35
5.3. Critérios de inclusão.....	35
5.5. Sistemática do estudo.....	35
6. ANÁLISE DOS DADOS	37
7. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	37
8. RESULTADOS	38
3.2.2. Descrição do processo terapêutico da TIP-G	Erro! Indicador não definido.
3.2. Objetivos específicos	Erro! Indicador não definido.
4. HIPÓTESES	Erro! Indicador não definido.
5. METODOLOGIA.....	Erro! Indicador não definido.
5.1. Delineamento	Erro! Indicador não definido.
5.2. População em estudo.....	Erro! Indicador não definido.
5.3. Critérios de inclusão.....	Erro! Indicador não definido.
5.4. Critérios de exclusão	Erro! Indicador não definido.
5.5. Sistemática do estudo.....	Erro! Indicador não definido.
5.6. Intervenções	Erro! Indicador não definido.
5.6.1. Farmacoterapia + manejo clínico (TAU)	Erro! Indicador não definido.

5.6.2. Farmacoterapia + manejo clínico (TAU) + TIP-G	Erro! Indicador não definido.
5.6.3. TIP em grupo.....	Erro! Indicador não definido.
5.7. Instrumentos aplicados por entrevistador	Erro! Indicador não definido.
5.7.1. <i>Mini-International Neuropsychiatric Interview (MINI-Plus)</i> - Versão Brasileira	Erro! Indicador não definido.
5.7.2. <i>Hamilton Depression Rating Scale (HAM-D)</i> – Versão Brasileira	Erro! Indicador não definido.
5.7.3. <i>The CORE Assessment of Psychomotor Change</i> – Versão traduzida	Erro! Indicador não definido.
5.7.4. Dados Sociodemográficos.....	Erro! Indicador não definido.
5.7.5. Ficha de Avaliação dos Pacientes em Atendimento no PROTHUM-HCPA (Anexo E):	Erro! Indicador não definido.
5.8. Instrumentos de Avaliação (Autoaplicáveis)	Erro! Indicador não definido.
5.8.1. <i>Beck Depression Inventory (BDI-II)</i> - Adaptação Brasileira	Erro! Indicador não definido.
5.8.2. <i>Beck Anxiety Inventory (BAI)</i> - Versão Brasileira	Erro! Indicador não definido.
6. ANÁLISE DOS DADOS	Erro! Indicador não definido.
7. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	Erro! Indicador não definido.
8. RESULTADOS	Erro! Indicador não definido.
9. CONSIDERAÇÕES FINAIS	Erro! Indicador não definido.
REFERÊNCIAS	60
APÊNDICE A - Outras apresentações e premiações do estudo	65
APÊNDICE B - Entrevista de captação de informações sobre a implementação da Terapia Interpessoal em Grupo (TIP-G).....	66
APÊNDICE C – Manual para os pacientes selecionados para TIP-G.....	67
ANEXO A – Inventário de depressão de Beck – II (BDI-II)	68
ANEXO B – Inventário de ansiedade de Beck (BAI).....	70
ANEXO C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	70
ANEXO D – Manual de triagem para TIP-G	73
ANEXO E – Formulário.....	76
ANEXO F – Resumo de Código	79

APRESENTAÇÃO

Os pacientes que procuram o Programa de Transtornos de Humor do Hospital de Clínicas de Porto Alegre são pacientes preponderantemente com depressões resistentes a tratamento medicamentoso e com o que atualmente tem se considerado “depressões-difíceis-de-tratar”. Eles apresentam, na sua maioria, estressores psicossociais crônicos, pouco suporte social muitas vezes associados a um contexto socioeconômico com muitas limitações. Historicamente no PROTHUM várias estratégias de “*add-on*” foram tentadas entre elas farmacológicas, exercício físico, psicoterapia individual (Terapia Interpessoal – TIP).

A ideia de que uma estratégia de terapia em grupo pudesse ser algo de interesse clínico surgiu a partir da constatação de que os pacientes falam de seus problemas com os seus pares espontaneamente e que a experiência de grupo poderia ser uma oportunidade particularmente útil para pacientes com pouco suporte social. A partir desta constatação decidiu-se desenvolver um projeto para avaliar a efetividade da Terapia Interpessoal em Grupo (TIP-G) para este perfil de pacientes.

Em 2018 foi organizado um Curso de Terapia Interpessoal em Grupo trazendo a Porto Alegre o Professor Scott Stuart na época professor da Universidade de Iowa e com larga experiência clínica e de ensino em TIP-G. Neste curso foram formados 15 profissionais e eu fui uma das pessoas formadas. Neste curso tivemos a oportunidade de discutir com o Prof. Stuart, o projeto original que deu origem a esta tese.

A tese ***Psicoterapia Interpessoal em grupo (TIP-G): intervenção na depressão resistente e implementação na atenção primária em saúde mental***, originalmente, foi concebida como o projeto denominado *Efetividade da Psicoterapia Interpessoal em Grupo (TIP-G) adicionada ao Tratamento Usual (TAU)* em pacientes com depressão maior. Tratava-se de um ensaio clínico randomizado cegado para o avaliador dos desfechos com o objetivo de avaliar a efetividade da TIP-G + tratamento clínico usual (TAU) usual versus tratamento clínico usual (TAU) na melhora sintomática da Depressão Maior. A amostra de pacientes com depressão resistente seria recrutada no Programa de Transtornos de Humor do HCPA (PROTHUM-HCPA). O cálculo de tamanho da amostra inicial previa a necessidade da realização de 5 grupos de TIP-G. O primeiro grupo foi iniciado em janeiro de 2020 e a última sessão foi realizada em 15 de março de 2020 quando o HCPA suspendeu as atividades presenciais em grupo. Com isto o projeto precisou ser interrompido.

Paralelamente, em 2019, a Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre estabeleceu um convênio de colaboração com o PPG em Psiquiatria e Ciências do Comportamento para iniciar o treinamento dos profissionais para que as Unidades Básicas de Saúde (UBS) pudessem oferecer não apenas tratamento farmacológico para pacientes deprimidos, mas também tratamento psicoterápico. A TIP-G foi escolhida como modelo não só pelo recente treinamento realizado, mas também por ser proposto pela OMS como tratamento indicado para contextos de países em desenvolvimento pela sua relação de custo-efetividade e pela simplicidade do modelo.

Em março de 2020 eclodiu a Pandemia por COVID-19. Os atendimentos presenciais individuais foram restringidos e os atendimentos em grupo suspensos. Conseguimos concluir o primeiro dos 5 grupos previstos.

O trabalho aqui apresentado é resultado da necessidade da adaptação do projeto de tese originalmente planejado para uma realidade pré-pandemia para a nova realidade de Pandemia por COVID-19. Consta de 2 artigos. O primeiro é um estudo que, aplicando princípios de Ciência de Implementação, descreve o processo de implantação da TIP-G como forma de tratamento nas UBS do Município de Porto Alegre. O segundo é um artigo utilizando metodologia qualitativa procurando descrever, de forma exploratória, o desempenho da TIP-G numa amostra de pacientes com depressão resistente a tratamento medicamentoso. A pesquisa envolveu alunos de Pós-Graduação e bolsistas de Iniciação científica e também foi apresentado em eventos da área (**Apêndice A**).

1. INTRODUÇÃO

A depressão é um transtorno crônico e recorrente associado a suicídio, incapacitação ocupacional, prejuízo na qualidade de vida e na saúde física dos indivíduos acometidos. Estudos de prevalência em diferentes países ocidentais mostram que a depressão é um transtorno frequente. A prevalência anual na população em geral varia de 3 a 11% e é de duas a três vezes mais frequente em mulheres do que em homens, mesmo considerando estudos realizados em diferentes países, comunidades ou pacientes que procuram serviços psiquiátricos^{3,4,5,6,7,8,9}. Apesar de sua alta incidência, a depressão segue sendo subdiagnosticada e subtratada. Entre 30 e 60% dos casos de depressão não são detectados pelo médico clínico em cuidados primários. Muitas vezes, os pacientes deprimidos também não recebem tratamentos suficientemente adequados e específicos. A morbimortalidade associada à depressão pode ser, em boa parte, prevenida (em torno de 70%) com o tratamento correto^{3,4,5,6,7,8,9}.

Estudos, metanálises e *guidelines*^{2,3,4,5,6,10}, concluem que terapias psicológicas são efetivas no tratamento da depressão. No entanto, existe uma tendência a considerar apenas estratégias farmacológicas tanto no conceito como no tratamento das depressões resistentes,^{4,5}. O racional para a adição da psicoterapia no tratamento da depressão resistente ao tratamento farmacológico é a ideia de que fatores psicossociais estariam em parte envolvidos na manutenção de sintomas e não seriam contemplados com uma abordagem exclusivamente farmacológica^{3,4,11,12,13,14}.

Cuijpers e colaboradores⁵, em uma metanálise, compararam TIP com ausência de tratamento, tratamento usual (TAU), tratamentos psicológicos isolados (terapia cognitivo comportamental, terapia de casal, terapia de apoio, terapia em grupo), farmacoterapia isolada, e tratamentos combinados (farmacoterapia e TIP). Os pacientes incluídos nos estudos eram adultos e adolescentes com Transtorno Depressivo Unipolar. Os autores concluíram que a TIP é eficaz para a depressão unipolar sendo um dos melhores tratamentos psicológicos para depressão e sua inclusão nas diretrizes de tratamento para depressão está bem fundamentada. Além disso, constaram que a adição da Psicoterapia Interpessoal (TIP) à TAU deveria ser recomendada⁵.

A psicoterapia interpessoal foi introduzida nos anos 1970 por Klerman e Weissman para o tratamento da Depressão, tendo sido testada em diversos estudos clínicos controlados. É uma técnica de tratamento de tempo limitado, planejada inicialmente para tratar a fase aguda das

depressões maiores, unipolares e não-psicóticas, tendo como foco a melhoria de habilidades de comunicação interpessoal^{3,8,9,15,16,17,18}.

Wilfley e colaboradores¹⁹ adaptaram a TIP individual para TIP em grupo (TIP-G) como alternativa à abordagem individual, tendo encontrado resultados promissores no seguimento dos pacientes deprimidos após o tratamento²⁰. No entanto, até hoje, poucos estudos investigaram a efetividade da TIP-G^{21,22}. Recentemente, a TIP-G passou a ser sugerida para programas de tratamento da Depressão pela Organização Mundial da Saúde (OMS)²³. A OMS propôs uma versão de TIP-G reduzida, com 8 sessões a ser usada em saúde pública por ser efetiva, permitir com um único terapeuta atingir um maior número de pacientes beneficiados, e apresentar, portanto, uma boa relação custo-efetividade.

A TIP-G proporciona aos pacientes identificar seu sofrimento como comum a outros indivíduos com similaridade diagnóstica. As habilidades interpessoais podem ser examinadas no contexto grupal podendo ser mais facilmente transferidas para a vida interpessoal do indivíduo do que os padrões de relacionamento tratados no *setting* individual. A participação no grupo pode contribuir para reverter padrões de isolamento social e estigmatização que contribuem para a manutenção do transtorno, além de potencialmente ser mais custo-efetiva^{16,24}.

A Ciência da Implementação propõe um modelo que permite inovar o planejamento e a transmissão do conhecimento em diferentes contextos, inclusive na área da saúde, de forma mais eficaz, utilizando técnicas baseadas em evidência. Aplicando o modelo proposto pela Ciência da Implementação, todo o processo de consolidação de uma inovação deve ser testado em um ciclo projeto-execução-análise-ação. Por meio de monitoramento, avaliação e *feedback* constantes, além da integração com financiamento, políticas públicas e apoio à gestão. Dessa forma, a cultura organizacional é impactada para a mudança e inovação que se dão através de uma transmissão de conhecimento que leva em consideração a complexidade das instituições²⁵.

A pesquisa qualitativa explora fenômenos complexos encontrados por médicos, prestadores de serviços de saúde, formuladores de políticas e consumidores em serviços de saúde. A pesquisa qualitativa pode estar associada à pesquisa quantitativa em estudos com metodologia híbrida, ou mesmo gerando hipóteses para serem testadas através da metodologia quantitativa. Com a finalidade de promover o relato rigoroso, explícito e abrangente de estudos qualitativos (entrevistas e grupos focais) foi desenvolvida a lista de verificação Critérios Consolidados para Relato da Pesquisa Qualitativa (COREQ). A lista de verificação consiste em itens específicos para relatar estudos qualitativos e exclui critérios genéricos aplicáveis a todos os tipos de relatórios de pesquisa. Os critérios incluídos na lista de verificação podem ajudar os

pesquisadores a relatar aspectos importantes como métodos de estudo, contexto do estudo, achados, análises e interpretações²⁶.

2. REVISÃO DE LITERATURA

2.1. A Depressão Resistente ao Tratamento

Cerca de 50% dos pacientes que iniciam tratamento para depressão não respondem à primeira medicação antidepressiva, 29% a 46% deles não se beneficiam de sucessivos ensaios terapêuticos^{27,28}.

De acordo com a Agência Europeia do Medicamento (EMA), a Depressão Resistente ao Tratamento (DRT) é caracterizada pela ausência de uma resposta adequada após a utilização de, pelo menos, dois agentes antidepressivos de diferentes classes prescritos com dosagem adequada, por um período de tempo apropriado e assegurando adesão terapêutica²⁷.

Mesmo com os esforços para a realização de ensaios clínicos, esses ainda não são suficientes ou significativos para o estabelecimento da superioridade entre estratégias para a terapêutica da DRT ou para a proposição de um consenso ou algoritmo de tratamento. Entre os pacientes que desenvolvem DRT, estima-se que 30% cometam uma tentativa de suicídio durante a sua vida, revelando a elevada importância que o estudo desta temática representa^{28,29}.

O correto diagnóstico de uma DRT é algo complexo e que deve ser efetuado com o maior rigor pela possibilidade de existência de fatores confundidores. Neste contexto, o conceito de “pseudorresistência” se refere às diferentes situações em que um paciente não responde a uma intervenção com antidepressivo em função de um uso inadequado (p.ex. dose ou tempo de uso insuficientes) ou de uma indicação inadequada (ausência de um diagnóstico depressão)^{28,29}.

Os principais fatores de risco relacionados com o desenvolvimento de DRT, agrupados segundo 3 dimensões são: fatores clínicos, fatores biológicos, e fatores genéticos. Dentre os fatores clínicos que predisõem um indivíduo a desenvolver DRT, destaca-se a idade avançada como preditor de má resposta clínica ao tratamento antidepressivo, ausência de resposta a um antidepressivo, a existência de comorbilidades psiquiátricas, bem como, recorrência frequente de episódios depressivos. Entre os fatores biológicos, o distúrbio do eixo Hipotálamo-Hipófise-Suprarrenal (HPA), bem como a exposição prolongada a glicocorticoides que reduz a produção de fatores neurotróficos estando associados aos achados de diminuição do volume hipocampal encontrados em pacientes com depressão. Já a pesquisa genética permitiu concluir que a presença de polimorfismos na região do promotor 5-HT contribui para assimetrias na resposta

ao tratamento. Não obstante, é ainda de ressaltar o papel de mutações no gene TPH222. Este gene está diretamente envolvido na síntese de serotonina, sendo que as alterações deste estão presentes em 80% dos casos de depressão grave instituída^{27, 28,29}.

O modelo *European Staging Model* (ESM), proposto em 1999, propõe a diferenciação de a) *não resposta a tratamento*, b) *depressão resistente a tratamento* e c) *depressão crônica resistente a tratamento*. *Não resposta a tratamento* ocorre quando há uma falha a responder a um único tratamento antidepressivo na vigência de tempo e doses adequados. *Depressão resistente a tratamento* é quando há uma não resposta a uma segunda tentativa de tratamento antidepressivo de uma classe diferente por tempo e doses adequados. No terceiro estágio, a *depressão crônica resistente a tratamento* é incluída a duração do tratamento no conceito, considerando que o tratamento durou mais que 12 meses. Como principais pontos positivos deste modelo, destacam-se a inclusão de critérios de duração do tratamento e a não hierarquização de eficácia de classes de agentes antidepressivos. As desvantagens deste modelo incluem o fato de não mencionar o uso de psicoterapia, assumir que a utilização de dois agentes antidepressivos de classes diferentes tem uma maior eficácia do que dois agentes antidepressivos da mesma classe, e utilizar o tempo e não o número de tentativas para diferenciar depressão resistente de depressão crônica resistente^{30,31}.

2.2. O modelo Interpessoal

As bases teórico-clínicas da psicoterapia interpessoal estão baseadas em três grandes influências: a) o trabalho de Adolf Meyer (1957), fundador da escola americana de psiquiatria dinâmica. Meyer não adotou a teoria freudiana do inconsciente. Priorizava o consciente como o elemento central na adaptação do homem a sociedade. Considerava a psicopatologia resultado de ajustamento mal adaptativo ao ambiente social; b) a escola interpessoal de psicanálise de Sullivan, psiquiatra americano que rejeitou os conceitos freudianos de inconsciente e de sexualidade. Considerava que os sintomas se desenvolviam a partir de conflitos entre o indivíduo e o seu ambiente. O desenvolvimento da personalidade aconteceria a partir de interações com outros indivíduos, o que o inspirou a desenvolver a Escola Interpessoal; c) os estudos sobre o luto, de Freud, para quem o luto é um processo natural instalado para a elaboração da perda, mas que pode tornar-se melancolia em sujeitos predispostos psiquicamente. Enquanto o sujeito, no trabalho de luto, consegue desligar-se progressivamente

do objeto perdido, na melancolia ele se sente culpado pela morte ocorrida, nega-a e se julga possuído pelo morto ou pela doença que acarretou a sua morte; d) a Teoria do Apego (TA) de Bowlby, psiquiatra infantil e psicanalista inglês. A TA foi construída com base nos campos da psicanálise, biologia evolucionária, etologia, psicologia do desenvolvimento, ciências cognitivas e teoria dos sistemas de controle. Bowlby considerou o apego como um mecanismo básico dos seres humanos, biologicamente programado. O relacionamento da criança com os pais inicia por um conjunto de sinais inatos do bebê, que demandam proximidade. Com o passar do tempo, um verdadeiro vínculo afetivo se desenvolve, garantido pelas capacidades cognitivas e emocionais da criança, e pela consistência, sensibilidade e responsividade dos cuidadores. Um dos pressupostos básicos da TA é de que as primeiras relações de apego, estabelecidas na infância, afetam o estilo de apego do indivíduo ao longo de sua vida^{15,16,32}.

Na abordagem da psicoterapia interpessoal, os problemas de relacionamento não são a causa determinante da depressão já que a depressão é considerada uma doença mental complexa e multideterminada por fatores sintomáticos, sociais, interpessoais. No entanto, para a TIP, a depressão ocorre num contexto social e interpessoal e seu início, resposta ao tratamento e prognóstico são influenciados pelas relações interpessoais do paciente¹⁶. Assim, a TIP trabalha as conexões entre os problemas dos relacionamentos interpessoais atuais do paciente e seus sintomas depressivos.

O foco proposto por Weissman, Markowitz e Klerman¹⁵ é estabelecido em quatro áreas: luto, disputa interpessoal, mudança de papel e déficit interpessoal. A partir do exame e melhor manejo de conflitos e dificuldades interpessoais o paciente pode utilizar recursos mais adaptativos, reduzindo seus sintomas depressivos. Embora a técnica interpessoal não pretenda modificar traços de personalidade e estilo de apego, a melhora na qualidade das relações interpessoais impacta positivamente no quadro depressivo^{3,7,8,11}. Stuart¹⁶, posteriormente, propôs que o déficit interpessoal deixasse de ser um foco da TIP por sua abrangência extrapolar as possibilidades da técnica. Os focos da TIP são identificados na sessão inicial na qual é realizada a formulação interpessoal e definidos da seguinte forma^{15,16}:

a) Disputas Interpessoais

Discussões, conflitos e diferenças de opinião que são intrínsecas às relações humanas, mas que podem estar relacionadas ao sofrimento apresentado pelo paciente. Há três objetivos específicos na resolução das disputas interpessoais: ajudar o paciente entender

mais claramente a disputa, trabalhar a resolução da disputa através da melhora da comunicação interpessoal, ampliar a rede de suporte social do paciente. Um espectro de diferentes resultados pode ocorrer dependendo das circunstâncias: o paciente pode decidir terminar o relacionamento e buscar outros suportes sociais e relacionamentos; o paciente pode decidir manter a relação com mudança de expectativas e aumentar o suporte social além do relacionamento; o paciente decide manter a relação após mudanças positivas na mesma. Em todos os casos a TIP visa a que o paciente possa tomar decisões objetivas, bem pensadas ao invés de impulsivas. No desenvolvimento do plano de tratamento o terapeuta determina o estágio da disputa interpessoal, que pode ser o de impasse, no qual a discussão está parada/silenciada embora haja ressentimento; a renegociação, na qual o paciente e sua pessoa significativa estão conscientes de suas diferenças e estão ativamente tentando resolvê-las, mesmo que insatisfatoriamente e a dissolução, na qual o relacionamento é irremediavelmente rompido.

b) Transição de papéis

Mudanças na vida são inevitáveis, mas sofrimento e sintomas como a depressão podem ser desencadeados ou se agravar quando o indivíduo tem dificuldades em lidar com as mudanças. Indivíduos com recursos interpessoais pobres tendem a ter maiores dificuldades de adaptação às mudanças, especialmente quando estão associadas a intenso sentimento de perda. As relações interpessoais ocorrem em contextos psicossociais complexos e quando o contexto muda as relações também mudam. Em geral, as dificuldades de lidar com as mudanças estão relacionadas à perda do suporte social e dos vínculos, à dificuldade de manejar com emoções como o medo e a raiva, a demandas de um repertório novo de habilidades sociais e com a baixa autoestima. Exemplos de mudança de papel são a aposentadoria, diminuição do status social, gravidez, crises vitais em geral e a perda da saúde. Uma estratégia técnica para lidar com a mudança de papéis proposta pela TIP é a elaboração de uma linha do tempo para ajudar o paciente a descrever a sua experiência, a compreender a complexidade do fenômeno e a desenvolver esperança para o futuro. Encorajar o paciente a desenvolver suporte social é também crucial, assim como entrar em contato com as emoções envolvidas. O processo terapêutico consiste no paciente vivenciar os seguintes estágios: perda do papel antigo, ganho de um novo papel, entender o significado da transição, elaborar o sofrimento e aceitar a mudança visando à adaptação ao novo papel.

c) Luto

O luto é uma parte fundamental da experiência humana. O luto é considerado uma área problema, tornando-se um foco na TIP quando o desenvolvimento dos sintomas está associado à morte de um ente querido no presente ou no passado, diferindo do luto normal. No luto normal o indivíduo está ciente da perda e apresenta um sofrimento transitório. Outras perdas que não aquelas que se dão pela morte são consideradas mudança de papel para a TIP. As manifestações de reação anormal ao luto podem estar relacionadas a múltiplas perdas, comportamentos inadequados e incompatíveis com a perda, evitação do tema, presença de sintomas, medo da doença que causou a morte, preservação excessiva do ambiente do falecido e a ausência de suporte social durante o luto. A tarefa terapêutica da TIP consiste em ajudar o paciente a desenvolver e utilizar suporte social, a comunicar sua experiência e afetos relacionados à perda, encontrar conexões e diminuir o isolamento. O processo terapêutico visa também a facilitar a aceitação da perda e a elaborar sentimentos dolorosos reassegurando o paciente de que a revivência e expressão de sentimentos negativos podem ajudá-lo na elaboração da perda.

O tratamento de um episódio de Depressão Maior usando-se a TIP leva de 12 a 16 semanas, podendo ser estendida a uma abordagem de manutenção para depressão recorrente^{8,15,22}.

Diversos estudos e metanálises comprovaram a efetividade da TIP no tratamento da depressão combinada ou não com psicofármacos, tendo sido sua aplicação ampliada para outras psicopatologias^{4,5,8,9,33}.

2.3. A modalidade em grupo: TIP-G

Reunir-se em grupos é uma característica essencial dos seres humanos. No decorrer de todo o processo civilizatório os homens se organizaram e se constituíram psíquica e socialmente em grupos. Os grupos são espaço para comunicação e interação, possibilitando a representação do microcosmo social de cada indivíduo³⁴. A psicoterapia em grupo tem sido uma importante modalidade de tratamento em saúde mental nas últimas décadas³⁴.

Vinogradov e Yalom³³ descrevem onze fatores terapêuticos presentes em maior ou menor grau nas terapias grupais que as terapias individuais não abarcam na mesma intensidade: instilação de esperança, universalidade, disponibilidade de informações, altruísmo,

desenvolvimento da socialização, comportamento imitativo, catarse, reedição corretiva do grupo familiar primário, fatores existenciais, coesão e aprendizagem interpessoal.

Stuart e Robertson¹⁶ salientam que a terapia em grupo é baseada na ideia de que muitas das dificuldades que as pessoas têm nas suas vidas podem ser entendidas como um problema de convívio e os grupos oferecem uma oportunidade ímpar para aprender a discriminar os padrões interpessoais disfuncionais dos adaptativos.

No processo de adaptação da TIP individual para a TIP-G proposto por Wilfley²⁴ a técnica implica em manter o foco nos objetivos individuais do paciente enquanto se explora as características e possibilidades únicas da modalidade em grupo. O foco proposto na TIP-G é estabelecido dentre três áreas problema: luto, disputa interpessoal e mudança de papel^{16,17,21,22}.

A TIP-G inicia com uma entrevista individual pré-grupo seguida de três etapas; a etapa inicial, intermediária e final. Após é realizada uma segunda entrevista individual final. O grupo é fechado e composto por indivíduos definidos a partir de suas áreas problema comuns, e homogêneo quanto ao diagnóstico. A entrevista individual pré-grupo inclui a aplicação do inventário interpessoal e seu sumário e a realização do círculo interpessoal para a identificação das áreas problema. Também nesta entrevista é realizada a psicoeducação do paciente sobre seu Transtorno. Por fim, ocorre a orientação acerca do funcionamento do grupo e o estabelecimento do contrato para trabalhar os focos identificados^{15,17,21,22,23}.

Em cada encontro do grupo são apresentados breves resumos semanais pelo terapeuta sobre o que foi tratado no encontro anterior para manter e intensificar o foco grupal. A estratégia básica deste modelo internacional que é a TIP-G envolve relacionar os objetivos individuais com o trabalho do grupo, a utilização de feedbacks e o uso dos estágios de desenvolvimento grupal para nortear as intervenções^{17,21,22}.

Durante as etapas de meio de tratamento e pós-tratamento em grupo alguns autores²⁴ propõem uma entrevista individual com cada paciente. No estágio intermediário a sessão individual proporciona uma revisão detalhada dos progressos do paciente e o refinamento dos objetivos interpessoais. Na sessão pós-tratamento em grupo, que ocorre uma semana após a última sessão de TIP-G, o terapeuta revisa com o paciente a sua experiência no grupo e desenvolve um plano individualizado para a continuidade do trabalho dos objetivos individuais nas suas relações interpessoais^{17,21,22}.

A TIP-G segundo Stuart¹⁶ e Wilfley²⁴ não é recomendada para pessoas que não se identificam com o objetivo do grupo, que apresentem ideação suicida ativa, dependência de álcool e/ou drogas, psicose ativa, que possuam características antissociais de personalidade,

exibam um estilo altamente defensivo de personalidade compatível com um estilo de Apego Evitativo Desligado ou, ainda, que possuam motivação extremamente baixa para mudar.

2.4. A Ciência da implementação

A implementação dos resultados das pesquisas são fundamentais para que a sociedade possa usufruir dos investimentos realizados especialmente com verbas públicas. O *Canadian Institutes of Health Research*¹ (CIHR) define *transferência de conhecimento* como “a troca, a síntese e a aplicação sólida e ética do conhecimento dentro de um conjunto complexo de interações entre pesquisadores e usuários para acelerar a captura dos benefícios da pesquisa por meio de melhorias na saúde, serviços e produtos mais eficazes visando a um sistema de saúde fortalecido.” O CIHR define pesquisa de implementação como “o estudo sistemático de como um conjunto específico de atividades e estratégias designadas são usadas para integrar com sucesso uma intervenção de saúde pública baseada em evidências dentro de configurações específicas.” O *National Cancer Institute* (NCI) definiu pesquisa de implementação como “o uso de estratégias para adotar e integrar intervenções de saúde baseadas em evidências e mudar padrões de prática dentro de um cenário específico.”

Especificamente, a Ciência da Implementação visa^{33,34}:

- 1) Desenvolver estratégias eficazes para implementar práticas baseadas em evidências, melhorando assim os processos e resultados relacionados à saúde;
- 2) Produzir conhecimento generalizável em relação a essas estratégias, compreendendo os processos, barreiras e facilitadores que influenciam o sucesso ou o fracasso da implementação; e
- 3) Desenvolver, testar e refinar teorias, estruturas conceituais e medidas relevantes para o avanço da ciência da implementação.

A Ciência da Implementação tem como objetivo fazer com que intervenções que tenham sua eficácia e efetividade baseadas em evidência científica passem a ser aplicadas com a utilização de estratégias em um contexto clínico³⁵. *Estratégia de implementação* refere-se ao processo sistemático de intervenção realizado para adotar intervenções em saúde baseadas em

¹ CANADIAN INSTITUTES OF HEALTH RESEARCH. www.cihr-irsc.gc.ca

evidência, impactar a estrutura e o clima organizacional, mudando práticas em ambientes específicos³⁵.

As estratégias de implementação são geralmente complexas e incluem treinamento, engajamento dos líderes locais, melhoramento do ambiente organizacional, revisão de regras profissionais e de responsabilidades³⁶. A Ciência da implementação pode ajudar o pesquisador de várias formas: a) identificando estratégias promissoras; b) identificando ou desenvolvendo ferramentas de melhoria complementares para apoiar a implementação; c) aumentando a probabilidade de sucesso na implementação; e d) confirmando ou propondo refinamentos à estrutura, com base nos resultados^{35,36}.

A seleção de uma teoria ou modelo específico para orientar os esforços de uma implementação deve ser feita somente após uma consideração cuidadosa de objetivos específicos. A seleção de uma estratégia de implementação também deve ser precedida por uma avaliação dos determinantes da prática atual do ambiente-alvo. Este processo de avaliação é rigoroso e normalmente envolve a coleta de dados qualitativos e quantitativos para identificar os determinantes da prática atual visando a implementação de uma inovação³⁵.

As etapas para planejar a disseminação e a implementação de conhecimento obedecem a seguinte sequência^{35,36}:

- a) Identificar necessidades;
- b) Identificar e consultar os líderes e a audiência-alvo;
- c) Definir a necessidade e o resultado esperado;
- d) Identificar o conhecimento a disseminar e implementar;
- e) Adaptar o conhecimento ao contexto;
- f) Identificar barreiras e facilitadores para a aplicação do conhecimento e selecionar estratégias apropriadas de solução;
- g) Implementar as estratégias;
- h) Costurar as estratégias;
- i) Validar seus resultados e indicadores;
- j) Monitorar o conhecimento implementado;
- k) Avaliar resultados;
- m) Planejar a sustentabilidade;
- n) Sustentar a implementação do conhecimento.

Para descrever o processo de implementação recomenda-se que todas as etapas sejam cuidadosamente documentadas. Quaisquer mudanças que ocorram durante o curso da

implementação devem ser anotadas. É frequente a necessidade de mudanças à medida que desafios imprevistos ou barreiras surjam durante o processo de implementação³⁷.

O sucesso na transferência de conhecimento depende da utilização dos achados sobre as barreiras e os facilitadores presentes no ambiente-alvo. A aplicação de estratégias de implementação adequadas para tratar as barreiras e alavancar os facilitadores pode aumentar as chances de sucesso da implementação e reduzir o tempo para a absorção sistemática da inovação³⁷.

A etapa de avaliação não encerra o processo de implementação. A avaliação é considerada um processo em andamento, diferentemente de uma avaliação pontual ou atividade *post hoc*. Os melhores resultados são atingidos pela integração de séries de atividades avaliadas e relacionadas aos objetivos iniciais. Além disso, o *feedback* avaliativo das lideranças pode contribuir para sustentar a manutenção da implementação inovadora³⁵.

Quanto aos resultados de um processo de implementação, ao menos sete desfechos são utilizados: aceitabilidade, adoção, apropriação, viabilidade, fidelidade, penetração e sustentabilidade³⁵.

2.5 Análise qualitativa: *Framework Method*

O papel da metodologia qualitativa tem crescido como alternativa entre as modernas práticas de pesquisa. O modelo qualitativo de pesquisa implica um processo personalizado e dinâmico de investigação. Trata-se de um procedimento essencialmente construtivo-interpretativo, que tem suas raízes históricas na Antropologia Cultural e nas Ciências Sociais³⁸.

Podem-se distinguir quatro dimensões que descrevem o processo de pesquisa qualitativa. Primeiro, há o delineamento da pesquisa como, por exemplo, o levantamento por amostragem, a observação participante, os estudos de caso, os experimentos e quase experimentos. Segundo, há os métodos de coleta de dados, tais como a entrevista, a observação e a busca de documentos. Terceiro, há os tratamentos analíticos dos dados, tais como a análise temática ou análise de conteúdo, a análise hermenêutico-dialética, a análise de discurso e a análise estatística³⁹.

Dentre as alternativas em pesquisa qualitativa o Método *Framework* para a gestão e análise de dados qualitativos tem sido utilizado desde a década de 80 tendo sido desenvolvido

pelos pesquisadores, Jane Ritchie e Liz Spencer, da Unidade de Pesquisa Qualitativa do Centro Nacional de Pesquisa Social no Reino Unido^{40,41}.

O *Framework Method* está dentro de uma ampla família de métodos de análise, muitas vezes denominados análise temática ou análise qualitativa de conteúdo^{25,40}. A Análise Temática⁴², foi originalmente desenvolvida no contexto da Psicologia e mais comumente utilizada na área da saúde. Pode ser descrito como um

[...] método essencialista ou realista, que relata experiências, significados e a realidade dos participantes, ou pode ser um método construtivista, que examina as maneiras como eventos, realidades, significados, experiências e assim por diante são feitos de uma série de discursos que operam dentro da sociedade. Também pode ser um método ‘contextualista’, localizado entre os dois polos do essencialismo e construtivismo (...). Portanto, a análise temática pode ser um método que funciona tanto para refletir a realidade, como para desfazer ou desvendar a superfície da ‘realidade’.⁴³

A abordagem temática identifica semelhanças e diferenças nos dados qualitativos, antes de focar nas relações entre as diferentes partes dos dados, buscando assim tirar conclusões descritivas e/ou explicativas agrupadas em torno de temas. Sua característica definidora é a saída da matriz: linhas (casos), colunas (códigos) e “células” de dados resumidos, fornecendo uma estrutura na qual o pesquisador pode reduzir sistematicamente os dados, a fim de analisá-los por caso e por código^{25,40}. Os códigos correspondem à criação de unidades de significado e são identificados a partir da fragmentação e unitarização do material analisado. Posteriormente, após a criação de códigos (unidades de sentido-US), é realizada a categorização, onde estas US são reunidas em grupos que vão emergindo com novos sentidos e significados. A partir da codificação e categorização é realizada a tematização que corresponde à interpretação do fenômeno em estudo buscando a sua essência⁴².

A realização da análise temática pode ser descrita através de 6 fases:

Fase 1: Familiarização com os dados: É fundamental que o pesquisador mergulhe nos dados, ao ponto de alcançar com profundidade e amplitude o conteúdo. A imersão geralmente envolve a leitura repetida dos dados, que leva a uma procura por significados e padrões. É um exercício de leitura e releitura dos dados, portanto, é um processo demorado, pois fornece a base para o resto da análise;

Fase 2: Geração dos códigos iniciais – Envolve a produção de códigos iniciais a partir dos dados. É por meio dos códigos que o pesquisador identifica as características dos dados (conteúdo semântico ou latente) que pode ser considerada em relação ao fenômeno. Todavia,

os dados codificados diferem-se das unidades de análise que representam os temas e que são mais amplos;

Fase 3: Busca por temas – Esta fase só se inicia quando todos os dados forem inicialmente codificados e agrupados e já se tem uma longa lista de códigos diferentes que foram previamente identificados no conjunto de dados. Portanto, esta fase envolve a triagem dos diferentes códigos em temas potenciais, sendo que alguns códigos iniciais podem passar a formar temas principais, outros podem virar subtemas, enquanto outros podem ser descartados;

Fase 4: Revisão dos temas – É uma fase que envolve dois níveis: o primeiro consiste na revisão dos extratos codificados nos dados, o segundo envolve o refinamento desses temas. Enfim, nesta fase é importante reler o conjunto de dados e verificar se os temas adequam-se bem com relação ao conjunto de dados ou é necessário codificar quaisquer dados adicionais dentro dos temas, que porventura tenham sido perdidos em estágios anteriores da codificação;

Fase 5: Definição e denominação dos temas – Surge quando já se tem um mapa temático satisfatório dos dados e passa para os refinamentos finais, ou seja, pode-se refinar ainda mais os temas que serão apresentados ao final da análise. É fundamental que, ao final desta fase, tenha-se a clareza sobre o que os temas são e o que eles não são. Além disso, é nesta fase que se dará o título de trabalho aos temas, portanto, os nomes precisam ser concisos, diretos, ao ponto de o leitor ter uma ideia clara sobre o tema;

Fase 6: Produção do relatório – Esta fase começa quando se tem o conjunto de dados totalmente trabalhados, e contempla a análise final e a escrita do relatório. Assim, é importante que a análise escrita forneça um relatório conciso, coerente, lógico, que contenha provas suficientes dos temas nos dados, enfim, que escolha exemplos vividos, ou extratos que capturem a essência do ponto que será demonstrado⁴⁰.

Quanto às ferramentas específicas da *Framework Analysis*, esta dispõe dos seguintes recursos^{25,40}:

Quadro analítico: Um conjunto de códigos organizados em categorias que foram desenvolvidos em conjunto por pesquisadores envolvidos na análise que podem ser usados para gerenciar e organizar os dados. A estrutura cria uma nova estrutura para os dados (em vez dos

relatos originais completos fornecidos pelos participantes) que é útil para resumir/reduzir os dados de uma forma que possa apoiar a resposta às perguntas da pesquisa.

Memorando analítico: Uma investigação escrita de um conceito, tema ou problema específico, refletindo sobre questões emergentes nos dados que capturam o processo analítico.

Categorias: Durante o processo de análise, os códigos são agrupados em grupos em torno de ideias ou conceitos semelhantes e inter-relacionados. Categorias e códigos geralmente são organizados em uma estrutura de diagrama de árvore na estrutura analítica. Embora as categorias estejam estreita e explicitamente vinculadas aos dados brutos, o desenvolvimento de categorias é uma maneira de iniciar o processo de abstração dos dados.

Gráficos: Onde são inseridos dados resumidos na matriz do Método da Estrutura.

Código: Um rótulo descritivo ou conceitual que é atribuído a trechos de dados brutos em um processo chamado “codificação”.

Dados: Os dados qualitativos geralmente precisam estar em formato textual antes da análise. Esses textos podem ser textos eliciados (escritos especificamente para a pesquisa, como diários alimentares), ou textos existentes (textos pré-existentes, como atas de reuniões, documentos de políticas ou *weblogs*), ou podem ser produzidos pela transcrição de entrevistas ou grupos focais, dados, ou criar notas de “campo” ao conduzir a observação participante ou observar objetos ou situações sociais.

Indexação: A aplicação sistemática de códigos da estrutura analítica acordada para todo o conjunto de dados.

Matriz: Uma planilha contém várias células nas quais os dados resumidos são inseridos por códigos (colunas) e casos (linhas).

Temas: Conceitos ou proposições interpretativas que descrevem ou explicam aspectos dos dados, que são o resultado final da análise de todo o conjunto de dados codificados. Os temas são articulados e desenvolvidos interrogando categorias de dados por meio da comparação entre e dentro dos casos. Normalmente, várias categorias se enquadram em cada tema ou subtema.

Transcrição: Um relato escrito literalmente (palavra por palavra) de uma interação verbal, como uma entrevista ou conversa.

O *Framework Method* é uma opção recomendada em pesquisa qualitativa porque seus processos metódicos e abordagem de “planilha” parecem mais alinhados ao paradigma quantitativo. No entanto, não está alinhado com uma determinada abordagem epistemológica, filosófica ou teórica. É uma ferramenta flexível que pode ser adaptada para uso com muitas abordagens qualitativas ao longo do continuum indutivo-dedutivo. Na abordagem dedutiva,

temas e códigos são pré-selecionados com base em teorias pré-existentes ou especificidades da questão de pesquisa. Na abordagem indutiva, os temas são gerados a partir dos dados, evitando a influência de teorias pré-existentes^{25,40,44}. Em muitos casos, uma abordagem combinada é adequada^{25,44}.

A análise qualitativa não é um processo completamente neutro, mas influenciado pelas características dos pesquisadores e seus paradigmas disciplinares. A reflexão crítica ao longo do processo de pesquisa é primordial, iniciando pelo desenho do estudo, a coleta de dados e especialmente na discussão dos achados^{25,44}.

Os procedimentos para análise podem ser dividido em 6 etapas⁴⁴: **Etapa 1**: Transcrição; **Etapa 2**: Familiarização com a entrevista; **Etapa 3**: Desenvolvimento de uma estrutura analítica de trabalho; **Etapa 4**: Aplicação da estrutura analítica. A estrutura analítica de trabalho é aplicada pela indexação de transcrições subsequentes usando as categorias e códigos existentes. **Etapa 5**: Mapeamento dos dados na matriz da estrutura; **Etapa 6**: Interpretação dos dados.

3. OBJETIVOS

3.1. Objetivos gerais

3.1.1. Descrever a implementação da Terapia Interpessoal em Grupo (TIP-G) na Atenção Primária de Saúde, utilizando os princípios de Ciência de Implementação;

3.1.2. Descrever o processo terapêutico da Terapia Interpessoal em Grupo (TIP-G) numa amostra de pacientes com depressão resistente utilizando a metodologia qualitativa.

A seguir serão apresentados os dois estudos realizados, o primeiro sobre a implementação na Atenção Primária e o segundo uma descrição do processo terapêutico da TIP-G.

3.2.1. Implementação na Atenção Primária

Artigo 1: Implementação da Psicoterapia Interpessoal em Grupo na Atenção Primária

Título resumido: Psicoterapia na Atenção Primária (ver 8. RESULTADOS – ARTIGO 1)

3.2. Objetivos específicos

- a) Descrever a capacitação de profissionais da área da saúde para realizar a TIP-G em pacientes que procuram Unidades de Cuidado Primário na cidade de Porto Alegre (Brasil);
- b) Avaliar a efetividade desta capacitação em aumentar conhecimentos sobre a TIP-G;
- c) Descrever as dificuldades da implementação da TIP-G na rede pública de atenção primária em saúde.

4. HIPÓTESES

H₀- A TIP-G não apresentará nenhuma barreira na sua implementação

H₁-A TIP-G apresentará barreiras e seu conhecimento aumentará a chance de sucesso em futuras tentativas de implementação

5. METODOLOGIA

5.1. Delineamento

Estudo descritivo da capacitação realizada que inclui a discussão das potencialidades e barreiras na implementação da TIP-G na atenção primária da SMS de Porto Alegre. Utiliza a combinação métodos quantitativos (desenho transversal e longitudinal) e qualitativos de pesquisa na descrição e análise dos dados que foram categorizados.

5.2. População em estudo

Profissionais de saúde do quadro funcional da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) do Município de Porto Alegre.

5.3. Critérios de inclusão

Profissionais da saúde enfermeiros, psicólogos e psiquiatras, agentes comunitários, técnicos de saúde, médicos não psiquiatras, residentes de medicina, outros profissionais da saúde (Dentistas, Nutricionistas, Fonoaudiólogos, Fisioterapeutas, Terapeutas ocupacionais e Assistentes sociais) membros do quadro funcional da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre.

5.5. Sistemática do estudo

Foi divulgado no ano de 2019 o I Curso de Capacitação em Terapia Interpessoal em Grupo (TIP-G) para atenção primária à saúde como proposta de ação em qualificação. Tal ação foi direcionada prioritariamente para as Unidades Básicas de Saúde (UBSs), com o intuito de instrumentalizar profissionais de saúde geral e mental para o atendimento de pacientes com sintomas depressivos.

O projeto de implementação da TIP-G foi dividido em quatro fases: a) capacitação dos profissionais inscritos; b) identificação de profissionais interessados e certificados pelo curso para aplicarem a técnica na sua UBS; c) aplicação da técnica em grupos de pacientes de cuidados primários através de um ensaio clínico aberto; d) supervisão dos profissionais habilitados e interessados na implementação e, e) aplicação de um questionário semiestruturado para captação de informações acerca de sugestões e avaliação do processo de implementação da TIP-G.

O curso foi dividido em cinco (5) encontros semanais, de 3 horas de duração cada encontro (15 horas no total), com o seguinte programa: a) Introdução à TIP-G; b) Focos da TIP-G (luto, mudança de papéis e disputa interpessoal); c) Avaliação individual pré-grupo; d) Intervenções e manejo do grupo e) Entrevista individual pós-grupo; f) Implementação.

A ministrante da capacitação é psicóloga, doutoranda em Psiquiatria e Ciências do Comportamento pela UFRGS e certificada em TIP-G pelo *TIP-Institute* (Iowa USA). A metodologia de ensino utilizada foram aulas expositivas com apoio audiovisual, a prática do “*role-play*” e a apresentação de um atendimento fictício ilustrativo em TIP-G. Para o participante ser considerado habilitado no curso ele deveria ter presença em todas as aulas e ter realizado o pré e pós-teste de conhecimentos. O teste de conhecimentos constava de 25 questões objetivas de múltipla escolha traduzido do teste de avaliação para certificação em TIP-G nível A para profissionais da área da saúde do *TIP-Institute* com a autorização de seu coordenador (Dr. Scott Stuart). O critério para a realização do pós-teste e obtenção da certificação foi o comparecimento a todas as aulas. A etapa de implementação do curso incluía 4 supervisões mensais de profissionais que haviam sido certificados em TIP-G.

A seguir os profissionais habilitados no curso e interessados em aplicar a técnica em sua UBS passariam para a fase de aplicação da técnica de TIP-G com supervisões coletivas

A TIP-G foi realizada em pacientes das unidades de cuidados primários em que os profissionais selecionados trabalhavam, seguindo a técnica proposta por Stuart¹⁶. Os critérios de inclusão foram 1) a presença de sintomas depressivos e 2) a motivação para a TIP-G. Os pacientes foram pré e pós-avaliados para intensidade de depressão, ansiedade e satisfação com

a vida pelo *Patient-Reported Outcomes Measurement Information System*⁴⁵ (PROMIS). O tratamento em TIP-G proposto consistia em 12 sessões semanais de 1h15min de duração dividido em três etapas.

Após a conclusão das supervisões visando a implementação da TIP-G, os profissionais foram convidados a responder o questionário semiestruturado (**Apêndice B**). Este questionário teve como objetivo identificar as principais barreiras e facilitadores para a implementação da TIP-G na rede pública de assistência à saúde do Município. Posteriormente foram propostas estratégias para solução das barreiras identificadas.

6. ANÁLISE DOS DADOS

Análises descritivas das características demográficas dos profissionais treinados, incluindo perfil profissional e motivações para realização da capacitação, foram realizadas através das frequências absoluta e relativa. O teste de Shapiro-Wilks foi utilizado para verificar a normalidade da distribuição do número de acertos e foi utilizada média e desvio padrão para sua descrição. O teste t para amostra emparelhada foi utilizado para comparar mudanças no desempenho no teste de conhecimentos de 25 perguntas aplicado aos participantes pré-capacitação e pós-capacitação. A comparação do conhecimento basal de acordo com as características dos participantes foi realizada através do teste t independente e análise de variâncias (ANOVA). Foi calculada a diferença (delta) entre pré e pós-capacitação que foi comparado entre as diferentes características da amostra através da análise de covariâncias (ANCOVA) com ajuste para os valores basais. O nível de significância para todas as análises foi de 0,05. O presente projeto teve a anuência da Diretoria de Atenção Primária em Saúde (DGAPS) para a utilização dos dados de usuários e/ou serviços de saúde e a participação de trabalhadores e/ou gestores da saúde.

7. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

O presente projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre e aprovado (CAAE: 94975918000005327).

No estudo, Implementação da TIP-G na Rede Primária, a Direção de Atenção Primária à Saúde (DPHC) aprovou o uso de dados para profissionais de saúde. Todos os dados foram utilizados de forma anônima com anuência da Secretaria de Saúde de Porto Alegre. Não houve consentimento específico para cada participante. No entanto, no momento do preenchimento da ficha de inscrição, todos os participantes foram informados de que o DPHC autorizou o uso anônimo de todos os dados do processo de implantação em publicações científicas.

8. RESULTADOS

Artigo 1: Implementation of Group Interpersonal Psychotherapy in primary care

Autores: [Maria Isabel Perez Mattos¹](#), [Bruno Paz Mosqueiro¹](#), [Scott Stuart²](#), [Giovanni Salum¹](#), [Rosana de Lima Duzzo³](#), [Laura Wolf de Souza¹](#), [Ariane Chini¹](#), [Marcelo Pio de Almeida Fleck¹](#)

Publicado em: Rev Saude Publica 2022 Apr 22;56:23.

doi: 10.11606/s1518-8787.2022056003731. eCollection 2022.

Implementation of Group Interpersonal Psychotherapy in Primary Care Short title: Psychotherapy in Primary Care

Maria Isabel Perez Mattos¹, Bruno Paz Mosqueiro¹, Scott Stuart², Giovanni Salum¹, Rosana de Lima Duzzo³, Laura Wolf de Souza¹, Ariane Chini¹, Marcelo Pio de Almeida Fleck¹

¹Universidade Federal do Rio Grande do Sul -UFRGS, Hospital de Clínicas de Porto Alegre - HCPA, Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal, Porto Alegre, Brazil, ²University of Southern California, Psychiatry, Los Angeles, United States of America, ³Prefeitura Municipal de Porto Alegre, Unidade de Atenção Primária à Saúde, Porto Alegre, Brazil

ABSTRACT

Background: Group Interpersonal Psychotherapy (IPT-G) is effective in treating depression. Therefore, proper training of primary care professionals in IPT-G can have a significant impact by reducing mental health treatment gaps. However, barriers and facilitators influence the new intervention implementation technique, and the Science of Implementation has systematically studied this. **Objectives:** The main goal of the study is to present the IPT-G implementation process in primary care, including training and supervision of primary care professionals to perform IPT-G and its evaluation, as well as describe factors that were perceived to facilitate or obstruct implementation, and strategies for the implementation process. **Method:** Quantitative (cross-sectional and longitudinal) analysis of pre- and post-knowledge tests; qualitative analyses of the training courses; patient recruitment; conduction of IPT-G sessions; supervision of IPT-G therapists; application of a semi-structured questionnaire for evaluation,

investigation, and development of strategies for the identified barriers. **Results:** 120 clinicians answered the pre-test; 84 completed the post-test. There was a highly significant difference in knowledge about IPT-G comparing pre- and post-test scores. Of those initially trained, twenty completed additional supervision in IPT-G. The qualitative analysis identified 12 barriers and six facilitators to implementing IPT-G in individual, organizational, and systemic contexts. **Discussion:** The course was well-received and significantly increased proficiency in IPT-G. However, only 20% of clinicians attended additional supervision. Several barriers impacted the implementation, especially the impact of occupational changes and the COVID-19 Pandemic. **Conclusion:** Implementation of IPT-G in primary care is a complex process comprising several steps. The first step involving training of health professionals in IPT-G was relatively successful. However, subsequent steps were more complex. Therefore, careful planning of IPT-G implementation is essential to maximize the success of this innovative initiative.

KEYWORDS: Primary Care. Implementation Science. Depression. Group Interpersonal Psychotherapy.

INTRODUCTION

Most guidelines recommend psychotherapy for the treatment of mild and moderate depression and recommend combining medication with psychotherapy for severe depression¹. Several meta-analyses^{2,3,4,5,6} conclude that psychological therapies, including those offered in a primary healthcare setting, are effective in the treatment of depression.

Interpersonal psychotherapy (IPT) is a first-line treatment in primary health care because it is brief, manualized and cost-effective^{1,7,8}. IPT effectiveness is also demonstrated when applied by health professionals who are not specialists in mental health^{5,9,10}. IPT was first adapted by Denise Wilfley and Roy MacKenzie for group therapy (IPT-G) in the management of eating disorders¹¹. Delivered as a group intervention, IPT-G is potentially even more cost-effective^{11,12,13}.

Weissman¹⁰ emphasizes the importance of IPT-G training for community health workers, especially in countries with limited mental health resources. In Uganda, for example, IPT-G delivered in a primary care setting by community health agents who are not mental health specialists proved to be more effective than treatment as usual (TAU)¹⁴.

Adequate training of primary care professionals in IPT-G could therefore have a significant impact on the depressed patients healthcare^{15,16}. There is also evidence that primary care health professionals are interested in obtaining training in psychotherapy¹⁵. Ramanuj and collaborators⁸ showed that training in more complex interventions in primary care resulted in a significant reduction in depressive symptoms.

Despite the growing evidence of the benefits of psychological treatments in low-and middle-income countries, few national health systems have adopted psychotherapies as a care option¹⁴. This is likely due in part to a lack of psychotherapy training for professionals⁷. In Brazil, for instance, medication it is still the main strategy used in primary care to treat depression¹⁷. There is also evidence that most patients prefer psychotherapy to pharmacotherapy, even though they tend to receive medication. This preference is particularly notable in primary care settings and in cases of depression and anxiety^{18,19}.

Training in brief psychotherapies could increase the repertoire of effective treatments. IPT identifies and treats psychosocial problems associated with depressive symptoms and could potentially benefit populations having a high prevalence of psychosocial stressors like those treated at the Primary Attention level in middle- and low-income countries, such as Brazil¹⁹.

The diffusion of innovations is a social process determined by many factors that go far beyond the scientific evidence that supports the efficacy of a treatment^{20,21,22}. The science of implementation^{20,22,23} is a relatively new area of research in health that can be defined as “[...] the scientific study of methods that promote the systematic introduction of research findings and other evidence-based practices into routine practices and thus improve the quality and effectiveness of health services”²⁴. Thus, the context in which an innovation is to be introduced is not something to be simply controlled as in the efficacy trials or tolerated as in the effectiveness trials. From the perspective of implementation science, the context must be understood to make it permeable to the innovation intended to be introduced²⁵.

The coordination of the mental health service of the public primary care network in Porto Alegre, when identifying the lack of psychosocial approaches to Depression, sought a partnership with the Department of Psychiatry and Behavioral Sciences of the Federal University of Rio Grande do South (UFRGS). The purpose of this initiative was to develop the implementation of alternatives to drug treatment through evidence-based psychotherapies with the perspective of reaching an increased number of patients.

The objectives of this article are: a) to describe the training of primary care professionals to perform IPT-G; b) to evaluate the effectiveness of this training in increasing IPT-G proficiency among the health professionals using a pre- and post-knowledge test analysis; c) describe the difficulties of implementing IPT-G in public primary health care and, d) present implementation strategies that can contribute to new studies and processes that involve innovation in health services.

MATERIALS AND METHODS

The present project was carried out through a partnership between the Municipal Health Secretariat (MHS) of the Municipality of Porto Alegre and the postgraduate course in Psychiatry and Behavioral Sciences at UFRGS. The Directorate of Primary Health Care (DPHC) approved the use of data for health professionals. All data were anonymously used with the consent of the Health Secretary of Porto Alegre. There was no specific consent form given to each participant. However, at the time they completed the enrollment form, all participants were informed that the DPHC authorized anonymous use of all implementation process data in scientific publications.

In 2019, a Training Course in Group Interpersonal Therapy (IPT-G) for primary health care workers was announced as a proposal for action on qualification for health professionals. Such action was directed primarily to the Primary Healthcare services, with the aim of providing basic knowledge on IPT-G for general and mental health professionals involved in caring for patients.

A total of 1,194 health professionals were invited to attend the training and 140 accepted the invitation.

This study used a mixed methodology, combining quantitative (cross-sectional and longitudinal design) and qualitative research methods in the description and analysis of the data.

The participants in the study were health professionals (nurses, psychologists, psychiatrists, community agents, health technicians and residents) working in primary care at Porto Alegre city Basic Health Units (UBSs; Table 1).

The strategy used to recruit health professionals to participate was invitations sent via email and advertisements about the training program posted in each Primary Care Unit. Participation was optional and the time devoted to training was paid as working hours.

Participants who opted to participate signed up and completed a form to collect demographic information. They also answered one qualitative open question about their motivation for training and the responses were organized in categories (Table 2).

The IPT-G implementation project was divided into five phases: a) training of registered professionals; b) identification of professionals interested and certified by the course to apply the technique in their UBS; c) supervision of professionals qualified and interested in the implementation; d) application of the technique to groups of primary care patients; and e) completion of a semi-structured questionnaire by participating health professionals to evaluate the IPT-G implementation process.

The IPT-G trainer is a psychologist and a doctoral student in Psychiatry and Behavioral Sciences at UFRGS. Trainers were certified in IPT-G by the IPT Institute (USA). In 2019, a Training Course in Group Interpersonal Therapy (IPT-G) for primary health care was announced as a proposal for action on qualification of health professionals. Such action was directed primarily to the UBSs, with the aim of providing basic knowledge on IPT-G for general and mental health professionals.

The course was divided into 5 weekly meetings (3 hours each; 15 hours total), with the following agenda: a) Introduction to IPT-G; b) IPT-G problem areas (grief, transitional roles, and interpersonal disputes); c) Pre-group individual assessment; d) Interventions and management of the group e) Individual post-group interview; f) Implementation.

The teaching methodology used was expository classes with audiovisual support, the practice of "role-play" and the presentation of an illustrative fictional sessions in IPT-G.

Participants were qualified for Basic Training in IPT-G if they attended all classes and completed a pre- and post-knowledge test.

The knowledge test consisted of 25 multiple-choice questions translated from the assessment test for certification in IPT-G used by the IPT Institute.

The supervision phase was initiated after the training classes. All professionals who qualified for Basic Training were encouraged to begin applying the IPT-G technique with supervision. Participation was optional but paid as working hours. Monthly supervision was offered to all potential group coordinators so they could learn the application with their own groups, but also learn from the experiences of their peers. In addition to in-person supervision, a remote group contact was also available through a messaging service.

IPT-G following the technique proposed by Stuart¹³ was planned to be used for patients with depressive symptoms in the primary care units where the selected professionals worked. The IPT-G treatment comprised 12 weekly sessions that lasted 75 minutes.

After the conclusion of the IPT-G supervision, clinicians were invited to complete a semi-structured questionnaire created by the researchers. This questionnaire included 7 open questions to which participants provided written responses. The questionnaire sought to identify the main factors that they perceived as facilitating or obstructing implementation of IPT-G, as well as strategies for how IPT-G could be implemented in the municipal health care service. Content analysis of the data was made with findings systematized in categories.

STATISTICAL ANALYSIS

Descriptive analyzes of the demographic characteristics of the participants were carried out using absolute and relative frequencies. Additional tests were performed to evaluate participants performance in the qualification test. The Shapiro-Wilks test was used to verify the normal distribution of the number of correct answers and the mean and standard deviation were used for its description. The paired sample t test was used to compare changes in performance in the 25-question knowledge test applied to pre-training and post-training participants. The comparison of baseline knowledge according to the characteristics of the participants was performed using an independent t test and analysis of variances (ANOVA). The difference (delta) between pre- and post-training was calculated, which was compared between the different characteristics of the sample through the analysis of covariance (ANCOVA) with

adjustment for baseline values. The level of significance for all analyzes was 0.05. SPSS version 18.0 was used for all statistical analyses.

RESULTS

Of the 1,194 health professionals invited to participate, 11.7% (140/1194) enrolled in the IPT-G training course. Of these, 120 completed the pre-test, which was not required; the other 20 declined to complete the test. A total of 84 professionals participated in the 5 training sessions and completed the post-test, which also was not obligatory.

Most participants were female (89.2%), nurses (30%), psychologists and psychiatrists (16%) and the majority were classified as other health care professionals (54%). For presentation of the results, the participants were distributed into 7 groups (Table 1).

Participants increased their scores on the knowledge test from 8.2 (SD = 2.8) in the pre-test to 12.2 (SD = 3.3) in the post-test. This difference was statistically significant ($t [gl = 83] = -9.421$; $p < 0.001$), with the difference between the means being 4.02 (C95%: 3.17; 4.9).

There was a significant difference in the pre-test of knowledge based on age. Participants in the 30-39 age group performed better in the pre-test. The analysis of covariance also showed that in the post-test all age groups benefited, there was no significant difference in the post-test in relation to the age group. There was also no significant difference in performance in relation to the different professional categories (Table 2).

The motivations to participate in the training described by the participants were grouped into 10 empirical categories (Table 2). The main reason was to increase knowledge about the technique and Interpersonal Psychotherapy mentioned by 68 (56.7%) participants. 35 (29.2%) participants mentioned a desire to implement this group service in their units.

Three IPT groups started and were each run by one coordinator. New groups were scheduled to start following the supervision period. However, at the second supervision meeting, the participants brought up subjects related to the potential dismissal of health professionals that would affect most individuals enrolled in the IPT-G training. Their anguish over this situation was discussed in supervision meetings. The impact of this dismissal on the implementation became a substantial impediment to IPT-G implementation.

Based on these factors, reasons for not following the implementation were related to the prospect of dismissal of most professionals who attended the course and were due to unexpected changes in the structure of the municipality's health system that coincided with the supervision periods. There was a judicial decision to discontinue the Municipal Institute of Family Health Strategy (IMESF), which employed many of the health professionals in Porto Alegre. As a result, 1,194 employees (doctors, community and endemic agents, nursing technicians, nurses, dentists, dental assistants, and oral health technicians) were dismissed with the prospect of future rehiring of new professionals in another labor regime. Supervisors reported the anguish of professionals who could be affected by this change, including interruptions and uncertainties in the work processes. In addition to this external factor, other barriers to the implementation of IPT-G were identified. Over half (56.7%) the participants indicated that their motivation to attend training was to expand their knowledge about IPT-G, whereas only 29.2% noted a desire to implement IPT-G in Primary HealthCare.

One group session was carried out during the period of monthly supervision. This group included three adolescents who showed depressive symptoms with self-mutilation and was run by a psychologist who was not affected by the dismissal situation. There was a progressive reduction in the attendance of clinicians in supervision in that 20 attended the first supervised session, but only 10 attended the last session.

The responses to the semi-structured questionnaire were organized into three main categories: facilitators, barriers, and suggestions for the implementation process. Sub-categories were identified in each of the main categories.

The following facilitators of implementation were identified and placed in sub-categories. These included funding of the scientific partnership initiative with the University, engagement of the Municipal Mental Health Coordinator, provision of adequate space for the course and availability of paid time for students and clinicians to attend training.

The identified barriers were grouped in three dimensions: professional, organizational and system. (Box 1). Suggestions were described by the researchers and also grouped in the same three dimensions as the barriers and discussed as strategic alternatives to overcome barriers (Box 1).

Data processing required 18 months between training disclosure until application of instruments.

DISCUSSION

The training course had a statistically significant effect on the level of knowledge of IPT-G. The low performance of the participants suggests a high level of difficulty of the test but indicated a significant effect on the acquisition of knowledge obtained by the training. We did not use a cut-off score for approval. The test was originally developed to evaluate a training course for health professionals who attended level A of the IPT Institute (USA).

The increase in test performance occurred equally in all professional categories, which can demonstrate the effectiveness of training in IPT-G regardless of previous training. This finding corroborates studies that point to the potential of professionals from different areas of health and community agents to carry out psychological interventions such as IPT-G, especially in low-income countries, in need of these interventions as well as mental health professionals^{5, 9,10,12,14,26}.

Responses to the questionnaire about facilitators, barriers, and suggestions for implementation of IPT-G indicated that there was substantial motivation on the part of the training course participants and that there was a perception that participants were in fact learning the IPT-G technique. In addition, responses highlighted how much users could benefit from a non-pharmacological technique for the treatment of depression.

The barriers in the implementation of IPT-G do not seem to be related to the course itself or to the modality of the course (IPT-G). It should be emphasized that the only completed IPT Group was conducted by the professional that will not be fired after the political decision of extinguished IMESF. Araújo and collaborators²⁶ identified that training alone does not seem to be able to produce lasting effects on the participant's behavior, because the transfer of learning to work depends on the post-training context. Psychosocial support for immediate utilization was confirmed as the strongest predictor of training impact. Psychosocial support involves the support offered by managers, co-workers, and the organization so that the participant can participate in the training and then apply the new skills learned in training²⁶.

Therefore, the effectiveness of the course can be achieved through the development of actions in the post-training context²⁶. These actions are related to planned implementation strategies.

In the implementation of IPT-G in Uganda described in a study carried out by Mutamba et al¹⁴, noteworthy effectiveness data were found: 90% of users completed the IPT-G program and there was effectiveness in reducing mental health problems. Participants in the training did not specialize in mental health and were also members of the community. These results were

attributed to the implementation process. The strategies included logistics and technical advice in conjunction with government working groups responsible for management of public policies.

In the present study, most trained professionals were also not specialized in mental health, yet even so improved their knowledge with the training process. However, there was insufficient collaboration to implement public policies for innovations like IPT-G, due to a lack of articulation and integration in work groups with the primary healthcare service stakeholders.

The implementation, despite the initial motivation of the professionals for training, was therefore impacted by several factors. The identified barriers can be attributed to factors of three levels: a) Professional (individual), b) Organizational (Management, health unit to which the professional is connected), c) Systemic (public health policies). Strategies were devised to reduce these barriers and increase the effectiveness of the implementation of the IPT-G (Box 1).

Applying the model proposed by Science of Implementation, the entire process aimed at consolidating an innovation must be tested in a project-execution-analysis-action cycle. Through constant monitoring, evaluation and feedback, in addition to integration with financing, public policies and management support. In this way, the organizational culture is impacted for change and innovation²¹.

However, barriers to implementation were not sufficiently predicted by the researchers. The most significant being a legal decision determining a dismissal of most trained professionals. In addition, scheduling problems were noted along with lack of adequate physical space, poor integration of the IPT-G initiative with the other initiatives of the primary healthcare services, and the perceived lack of coordination between each Unit and the Municipal Health Secretariat. In Box 1 barriers and implementation suggestions were listed. Suggestions were made such as greater integration of the different levels in management, the possibility of adapting the IPT-G to the context of each unit. The need for structural improvements was also pointed out (Box 1).

Following these events, the COVID-19 Pandemic began, which made it impossible to immediately resume an implementation strategy that could consider the identified barriers.

The IPT-G training project presented in this article was an innovative experience for the qualification of health professionals in the application of an effective psychotherapeutic technique for the treatment of depression in primary care^{1,6,7,13}. However, the barriers described made it difficult to implement. The experience described in this study may serve as a basis for a new initiative to implement the IPT-G in addition to serving as a basis for other initiatives to implement new strategies in public health.

STUDY LIMITATIONS

This is a study that involved a limited number of professionals in a single city. The generalization of the findings to other contexts cannot be done. After the initial course, the number of professionals involved in the recruitment and execution of the groups was small, as well as the acceptance to participate in the semi-structured interviews to identify barriers and facilitators. At the same time that this limited the obtaining of information, it is in itself a finding of the study: the difficulty of involving a significant number of professionals in innovative projects. Furthermore, the unique events of the health system restructuring and the COVID crisis had enormous impact on the study and are also limitations. Despite the limitations, this is an original and relevant study for understanding the training process and possible barriers that exist in the implementation of new mental health treatment strategies in Primary Care.

CONCLUSIONS

This article describes an IPT-G implementation process in public primary healthcare as an attempt to implement this therapy.

The implementation of IPT-G in primary care is a complex process with several steps. The first step of training for the health professionals in IPT-G described in the present study was relatively successful in increasing knowledge of IPT-G. However, subsequent steps were more complex. The stage of IPT-G implementation in Primary health Care services suffered barriers and impediments, some unexpected, especially those associated with dismissal of the participating professionals.

To effectively implement IPT-G in primary healthcare, it is necessary to consider a broad process that involves several stages and strategies based on the Science of Implementation application, which is not limited to training of professionals. Therefore, careful implementation planning to anticipate difficulties is important to present a project that is better articulated to stakeholders and teams to achieve the results of this innovative initiative.

The identification and removal of barriers through the Science of Implementation also relies on stable public policies that value the implementation of measures with evidence of effectiveness and are cost-effectiveness.

SPONSORSHIP

This study was financed in part by the Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Finance Code 001 and by FIPE – Hospital de Clínicas de Porto Alegre – HCPA – Registration number 2018-0547.

REFERENCES

- 1.National Institute for Clinical Excellence. Depression in adults: treatment and management. NICE Guideline: Short Version Draft for Second Consultation;2018.
- 2.Cuijpers P, Donker T, Weissman MM, Ravitz P, Cristea IA. Interpersonal psychotherapy for mental health problems: a comprehensive meta-analysis. *American Journal of Psychiatry*. 2016;173(7):680-687. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2015.15091141>
- 3.Cuijpers P, Quero S, DowrickC, Arroll B. Psychological treatment of depression in primary care: recent developments. *Current psychiatry reports*. 2019;21(12):1-10. <https://doi.org/10.1007/s11920-019-1117-x>
- 4.Cuijpers P, Geraedts AS, Van Oppen P, Andersson G, Markowitz JC, Van Straten A. Interpersonal psychotherapy for depression: a meta-analysis. *American Journal of Psychiatry*, 168(6):581-592, 2011. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2010.10101411>
- 5.Cuijpers P, Karyotaki E, De Wit L, Ebert DD. The effects of fifteen evidence-supported therapies for adult depression: a meta-analytic review. *Psychotherapy Research*. 2020;30(3): 279-293. <https://doi.org/10.1080/10503307.2019.1649732>
- 6.Bernecker SL, Coyne AE, Constantino MJ, Ravitz P. For whom does interpersonal psychotherapy work? A systematic review. *Clinical psychology review*. 2017; 56:82-93. <https://doi.org/10.1136/bmj.l835>
- 7.Souza LH, Salum GA, Mosqueiro BP, Caldieraro MA, Guerra TA, Fleck MP. Interpersonal psychotherapy as add-on for treatment-resistant depression: a pragmatic randomized controlled trial. *Journal of affective disorders*. 2016; 193:373-380. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.01.004>

- 8.Ramanuj P, Ferenchick EK, Pincus HA. Depression in primary care: part 2—management. *BMJ*. 2019;365 :1835
- 9.Kontunen J, Timonen M, Muotka J, Liukkonen T. Is interpersonal counselling (IPC) sufficient treatment for depression in primary care patients? A pilot study comparing IPC and interpersonal psychotherapy (IPT). *Journal of affective disorders*. 2016; 189:89-93. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.09.032>
- 10.Weissman MM. Interpersonal psychotherapy: history and future. *American journal of psychotherapy*. 2020;73(1):3-7. <https://doi.org/10.1176/appi.psychotherapy.20190032>
- 11.Wilfley DE, MacKenzie KR, Welch RR, Ayres VE, Weissman MM. *Interpersonal Psychotherapy For Group Hardcover*. Basic Books; 2000.
- 12.World Health Organization. *Group interpersonal therapy (IPT) for depression. Series on Low-Intensity Psychological Interventions – 3 (No. WHO/MSD/MER/16.4)*. World Health Organization; 2016.
- 13.Stuart S, Schultz J: *Interpersonal Psychotherapy for Groups Clinician Handbook*. Iowa City, Iowa, IPT Institute, 2016.
- 14.Mutamba BB, Kane JC, de Jong J, Okello J, Musisi S, Kohrt BA. Psychological treatments delivered by community health workers in low-resource government health systems: effectiveness of group interpersonal psychotherapy for caregivers of children affected by nodding syndrome in Uganda. *Psychological medicine*. 2018;48(15):2573.
- 15.Borins M, Holzapfel S, Tudiver F, Bader E. Counseling and psychotherapy skills training for family physicians. *Families, Systems, & Health*.2007;25(4):382.
- 16.Luoma JB, Martin CE, Pearson JL. Contact with mental health and primary care providers before suicide: a review of the evidence. *American Journal of Psychiatry*.2002;159(6):909-916.
- 17.Fleck Marcelo P., Berlim Marcelo T., LaferBeny, Sougey Everton Botelho, Porto José Alberto Del, Brasil Marco Antônio et al .Revisão das diretrizes da Associação Médica Brasileira para o tratamento da depressão (Versão integral). *Rev. Bras. Psiquiatr*. 2009;31(Suppl 1):S7-S17. <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-44462009000500003>.
- 18.McHugh RK, Whitton SW, Peckham AD, Welge JA, Otto MW. Patient preference for psychological vs pharmacologic treatment of psychiatric disorders: a meta-analytic review. *J Clin Psychiatry*. 2013;74(6):595-602. doi:10.4088/JCP.12r07757.
- 19.Cuijpers P, Andersson G, Donker T, Straten A van. Psychological treatment of (Cuijpers P, Andersson G, Donker T, Straten A van. Psychological treatment of depression: results of a series of meta-analyses. *Nord J Psychiatry*. (2011) 65:354–64. doi: 10.3109/08039488.2011.596570).
- 20.Holtrop JS, Rabin BA, Glasgow RE. Dissemination and Implementation Science in Primary Care Research and Practice: Contributions and Opportunities. *J Am Board Fam Med*. 2018;31(3):466-478. 10.3122/jabfm.2018.03.170259
- 21.Nilsen P, Birken SA. (Eds.). *Handbook on implementation science*. Edward Elgar Publishing; 2020.
- 22.Damschroder LJ, Aron DC, Keith RE, Kirsh SR, Alexander JA, Lowery JC. Fostering implementation of health services research findings into practice: a consolidated framework

for advancing implementation science. *Implement Sci.* 2009 Aug 7;4:50.
<https://doi.org/10.1186/1748-5908-4-50>

23.Graham ID, Logan J, Harrison MB, Straus SE, Tetroe J, Caswell W, Robinson N. Lost in knowledge translation: time for a map? *J Contin Educ Health Prof.* 2006 Winter;26(1):13-24.
<https://doi.org/10.1002/chp.47>

24.Eccles MP, Mittman BS. Welcome to Implementation Science. *Implementation Sci.* 2006;1: 1. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-1-1>

25.Bauer MS, Kirchner J. Implementation science: what is it and why should I care?. *Psychiatry research.* 2020;283, 112376. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2019.04.025>

26.Araujo MCDSQD, Abbad GDS, Freitas TRD. Avaliação de aprendizagem, reação e impacto de capacitação corporativa no trabalho. *Psicologia: Teoria e Pesquisa.* 2019;35.
<https://doi.org/10.1590/0102.3772e35511>

Table 1. Sample characteristics (n = 120)

Age	
Mean (SD)	39,96 (10,71)
Minimum / Maximum	20/64
Gender n (%)	
Female	107 (89%)
Male	13 (11%)
Professionals n (%)	
Nurses	36 (30%)
Psychologists and Psychiatrists	19 (16%)
Other Health Professionals ¹	18 (15%)
Community Agents	17 (14%)
Health Technicians ²	13 (11%)
Non-Psychiatric Physicians	11 (9%)
Residents	6 (5%)

¹Dentists, Nutritionists, Speech Therapists, Physiotherapists, Occupational Therapists and Social Workers.

²Nursing technicians and oral health assistant.

Table 2. List of main motivations for training

Item	n (%)
Expand knowledge about interpersonal therapy	68 (57%)
Implement group care at your unit	35 (29%)
Professional qualification	27 (23%)
Handling situations with patients with mental disorders	26 (22%)
Qualify primary health care	18 (15%)
Matrixing	6 (5%)
Personal qualification	5 (4%)
Have more tools to welcome users	5 (4%)
Decrease the demand for medical appointments	1 (1%)
Pharmacological management	1 (1%)

Table 3. Comparison of the baseline knowledge test results and the gross and adjusted changes between the characteristics of the participants

Features	Pre-test Mean (SD)	Mean-change** (DP)	Adjusted Mean-change*** (95% Confidence Interval)
Sex			
Female	8,1 (2,5)	4,2 (3,9)	4,2 (3,4;4,9)
Male	8,5 (3,1)	0,3 (3,1)	0,7 (-3;4,4)
Statistical test / P-value	T[gl=118]=-0,634/P=0,527		F(gl=1;81)=3,395/P=0,069
Age			
20-29	8,5 (2,5)	4,8 (3,6)	5,5 (3,3;7,6)
30-39	9,1 (2,4)	3,0 (3,8)	4,3 (3,0;5,5)
40-49	6,7 (2,5)*	4,6 (3,9)	3,3 (1,9;4,6)
≥ 50	7,6 (2,4)*	4,5 (4,2)	3,9 (2,5;5,4)
Statistical test / P-value	F(gl=3;116)=6,641/P<0,001		F(gl=3;79)=0,983/P=0,405
Professional category			
Psychologists and Psychiatrists	8,6 (2,4)	3,7 (4,9)	3,8 (1,8;5,7)
Non-psychiatric physicians	7,5 (3,5)	5,4 (2,9)	4,9 (2,4;7,4)
Nurses	8,4 (2,3)	3,9 (3,6)	4,2 (2,8;5,6)
Health professionals graduate	8,1 (2,6)	3,6 (4,7)	3,9 (2,1;5,6)
Health technicians	7,7 (2,9)	3,8 (4,5)	3,7 (1,7;5,7)
Community workers	7,6 (2,8)	4,9 (3,2)	4,3 (2,4;6,2)
Residents	8,5 (2,1)	2,5 (1,3)	2,7 (-0,6;6,0)
Statistical test / P-value F	F(gl=6;113)=0,437/P=0,853		F(gl=6;76)=0,244/P=0,960

*Means with a statistically significant difference in relation to the 30-39 group by the Tukey test($\alpha=0,05$) ** Difference between the post-pre. *** Results obtained by ANCOVA, adjusted by the baseline value of the knowledge test.

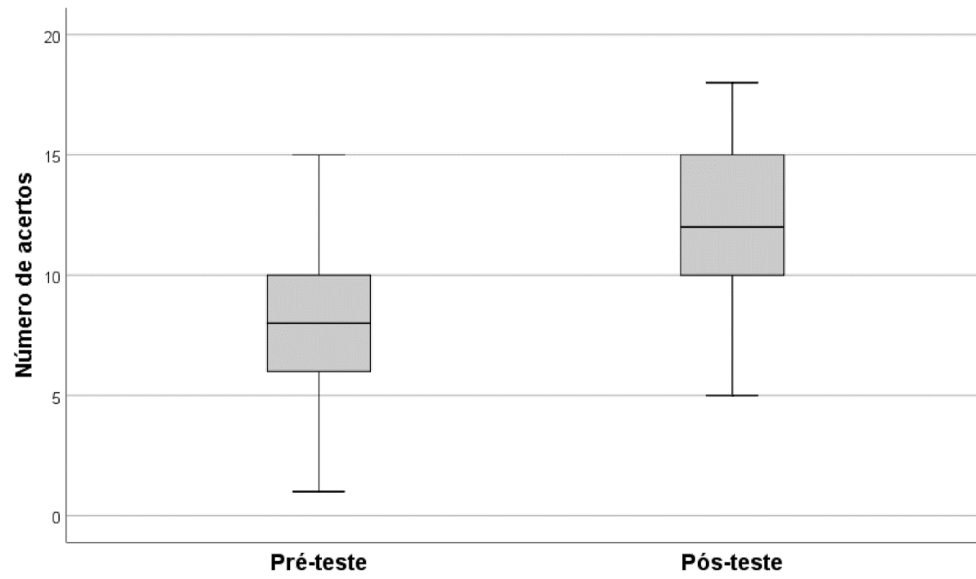


Figure 1. Number of correct answers in the pre- and post-training knowledge test

Box 1. Barriers and Implementation Strategies

Barriers	Implementation strategies
PROFESSIONALS	
Different contexts in the Primary Care Units	-Adjustments of the methodology to the context: expanding application to different diagnostic groups (e.g.,: adolescents with self-mutilation, anxious patients)
Belief that open groups are easier	- Study the effectiveness of the open group - Propose IPT-G experience (closed group) for evaluation and results - Create a culture of evaluating results
Perception of work overload	- Assess perceived or real overload - Familiarize professionals with the practice of IPT-G through continuous supervision - Include IPT-G in the activities agenda of professionals
Inadequate physical space for care	- Evaluation of available and alternative spaces for group care - adjustment of group size to the available space - Include coordination of the unit in this decision
ORGANIZATION	
Lack of support, integration and co-participation of the broader network and local administrations	- Inclusion of managers in project discussion meetings -Create culture of evaluation of results
Absence of survey of previous needs of each Unit	- Discuss and adapt the IPT-G to the needs of each Unit
Short-term supervision	- Enable long-term supervision - Train supervisors within the public network
Occupational instability (dismissals due to changes in the work regime)	- Forecast of incentives and benefits for professionals involved in IPT-G - Linking the team and the manager to the IPT-G project - Maintenance of the team at the Unit to consolidate the implementation of innovative projects
Change of the municipality's mental health coordinator	- Maintenance of long-term policies that are maintained even with the change of coordination - Inclusion and motivation of the network including teams and different levels of management
SYSTEM	
Immediate care culture	- Create a culture of evaluation of results and feedback for the improvement of interventions
Public policy instability	- Develop evidence-based public policies (eg IPT-G)

	- Monitoring the implementation in the long term aiming at consolidation
Pandemic effect by COVID-19 on the suspension of the IPT-G Project	-Resumption of the project after pandemic control -Use of virtual communication technology (IPT-G Remote) -Internet access for most users - Incorporation of new remote technologies as a potential additional resource

Appendix A. Inclusion and Exclusion Criteria

In this study, we included patients between 18 and 65 years of age who were treated at the Mood Disorder outpatient clinic in a tertiary University Hospital located in the South of Brazil. All patients were diagnosed with Major Depression Episode, according to DMS-V assessed by the MINI-plus and all failed at least two treatment courses with antidepressants, with proper dose and time considering the current episode.

The following criteria led to exclusion: Patients previous diagnosis with substance abuse disorder, intellectual disability, suicide risk, antisocial personality disorder, psychotic syndrome, or bipolar mood disorder without a current depressive episode; patients with dismissive avoidant attachment style; patients who were undergoing psychotherapy at the time or in the previous four weeks.

Appendix B. IPT-G Structure

Psychotherapeutic interventions utilized by the IPT-G therapist included: pre-group individual interview to perform the Interpersonal Inventory and Interpersonal Formulation, based on a Biopsychosocial/cultural/spiritual model (30). Session focus: sessions 1 and 2: the presentation of members and beginning of cohesion construction for the establishment of group support; sessions 3 and 4: role transition with the use of a timeline created for each patient; sessions 5 and 6: communication of the call for help and problem resolution; sessions 7 and 8 interpersonal disputes; session 9: grief; session 10: conclusion. Focuses problem areas were role change, interpersonal disputes, and grief, and the focus of all sessions was to improve communication. Patients also attended a post-group individual session in order to complete IPT-G.

Appendix C. Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research (COREQ)

A checklist of items that should be included in reports of qualitative research. You must report the page number in your manuscript where you consider each of the items listed in this checklist. If you have not included this information, either revise your manuscript accordingly before submitting or note N/A.

Topic	Item No.	Guide Questions/Description	Reported on Page No.
Domain 1: Research team and reflexivity			
<i>Personal characteristics</i>			
Interviewer/facilitator	1	Which author/s conducted the interview or focus group?	2
Credentials	2	What were the researcher's credentials? E.g. PhD, MD	2
Occupation	3	What was their occupation at the time of the study?	2
Gender	4	Was the researcher male or female?	2
Experience and training	5	What experience or training did the researcher have?	2
<i>Relationship with participants</i>			
Relationship established	6	Was a relationship established prior to study commencement?	2-3
Participant knowledge of the interviewer	7	What did the participants know about the researcher? e.g. personal goals, reasons for doing the research	2-3
Interviewer characteristics	8	What characteristics were reported about the interviewer/facilitator? e.g. Bias, assumptions, reasons and interests in the research topic	2-3
Domain 2: Study design			

<i>Theoretical Framework</i>			
Methodological orientation and Theory	9	What methodological orientation was stated to underpin the study? e.g. grounded theory, discourse analysis, ethnography, phenomenology, content analysis	3-4
<i>Participant selection</i>			
Sampling	10	How were participants selected? e.g. purposive, convenience, consecutive, snowball	2-3
Method of approach	11	How were participants approached? e.g. face-to-face, telephone, mail, email	2-3
Sample size	12	How many participants were in the study?	2-4
Non-participation	13	How many people refused to participate or dropped out? Reasons?	2-4
<i>Setting</i>			
Setting of data collection	14	Where was the data collected? e.g. home, clinic, workplace	2
Presence of non-participants	15	Was anyone else present besides the participants and researchers?	2-3
Description of sample	16	What are the important characteristics of the sample? e.g. demographic data, date.	2-4, Box 1; Table 1
<i>Data collection</i>			
Interview guide	17	Were questions, prompts, guides provided by the authors? Was it pilot tested?	N/A
Repeat Interviews	18	Were repeat interviews	2-4

		carried out? If yes, how many?	
Audio/visual recording	19	Did the research use audio or visual recording to collect the data?	2-4
Field notes	20	Were field notes made during and/or after the interview or focus group?	N/A
Duration	21	What was the duration of the interviews or focus group?	3
Data saturation	22	Was data saturation discussed?	3
Transcripts returned	23	Were transcripts returned to participants for comment and/or correction?	N/A
Domain 3: analysis and findings			
<i>Data analysis</i>			
Number of data coders	24	How many data coders coded the data?	3-4
Description of the coding tree	25	Did authors provide a description of the coding tree?	3-4, Appendix B
Derivation of themes	26	Were themes identified in advance or derived from the data?	3-4
Software	27	What software, if applicable, was used to manage the data?	4
Participant checking	28	Did participants provide feedback on the findings?	N/A
<i>Reporting</i>			
Quotations presented	29	Were participant quotations presented to illustrate the themes/findings? Was each quotation identified? e.g. participant number	6-10

Data and findings consistent	30	Was there consistency between the data presented and the findings?	6-11
Clarity of major themes	31	Were major themes clearly presented in the findings?	6-10
Clarity of minor themes	32	Is there a description of diverse cases or discussion of minor themes?	6-10

Developed from: Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *International Journal for Quality in Health Care*. 2007. Volume 19, Number 6: pp. 349 – 357

REFERÊNCIAS

1. Parikh SV, Quilty LC, Ravitz P, Rosenbluth M, Pavlova B, Grigoriadis S, Velyvis V, Kennedy SH, Lam RW, MacQueen GM, Milev RV, Ravindran AV, Uher R; CANMAT Depression Work Group. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) 2016 Clinical Guidelines for the Management of Adults with Major Depressive Disorder: Section 2. Psychological Treatments. *Can J Psychiatry*. 2016 Sep;61(9):524-39.
2. National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). Depression in adults (update): depression: the treatment and management of depression in adults. London (UK): NICE; 2009. Report N.: final version of guideline 90.
3. Souza L, Fleck M. Psicoterapia Interpessoal no Manejo da Depressão. *RBPsicoterapia*. 2013;15(2):64-74.
4. Cuijpers P, Geraedts AS, Van Oppen P, Andersson G, Markowitz JC, Van Straten A. Interpersonal Psychotherapy for Depression: a meta-analysis. *Am J Psychiatry*. 2011; 168(6):581-92.
5. Cuijpers P, Donker T, Weissman MM, Ravitz P, Cristea IA. Interpersonal psychotherapy for health problems: A comprehensive Meta-Analysis. *Am J Psychiatry*. 2016;173(7):680-687.
6. Fleck MP; Berlim MT; Lafer B; Sougey EB; Del Porto JA; Brasil MA; Juruena MF; Hetem LA. Revisão das diretrizes da Associação Médica Brasileira para o tratamento da depressão. *Rev. Bras. Psiquiatr*. 2009;31:S7-S17.
7. Schestatsky S, Fleck M. Psicoterapia das depressões. *Rev. Bras. Psiquiatr*. 1999;21(s.1).
8. Rahioui H, Blecha L, Bottai T, Depuy C, Jacquesy L, Kochman F, Meynard J.-A, Papeta D, Rammouz I, Ghachem R. La thérapie interpersonnelle de la recherche à la pratique, *L'Encéphale*. 2015;41(2):184-89.
9. Bernecker, SL, Coyne, AE, Constantino, MJ, Ravitz, P. For whom does interpersonal psychotherapy Works? A systematic review. *Clin Psychol Review*. 2017;56:82-93.
10. Kennedy SH, Lam RW, McIntyre RS, et al. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) 2016 clinical guidelines for the management of adults with major depressive disorder: Section 3. Pharmacological Treatments. *Canadian Journal of Psychiatry*. SAGE Publications Inc. 2016;61:540–60.
11. Ijaz S, Davies P, Williams CJ, et al. Psychological therapies for treatment-resistant depression in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. John Wiley and Sons Ltd; 2018.
12. Markowitz JC, Weissman MM. Interpersonal Psychotherapy: Past, Present and Future. *Clinical Psychology and Psychotherapy*. 2012;19:99–105.

13. Weissman MM. Interpersonal Psychotherapy: History and Future. *American journal of psychotherapy*. NLM (Medline). 2020;3–7.
14. van Bronswijk S, Moopen N, Beijers L, Ruhe HG, Peeters F. Effectiveness of psychotherapy for treatment-resistant depression: a meta-analysis and meta-regression. *Psychol Med*. 2019 Feb;49(3):366-379.
15. Weissman MM, Markowitz JC, Klerman GL. *Comprehensive Guide to Interpersonal Psychotherapy*. New York: Basic Books; 2000.
16. Stuart S, Robertson M. *Interpersonal Psychotherapy: A Clinician's Guide*. London, Arnold, 2003.
17. Stuart S, Schultz J. *Interpersonal Psychotherapy for Groups Clinician Handbook*. Iowa City, Iowa, IPT Institute, 2016.
18. Mello, MF. Terapia Interpessoal: um modelo breve e focal. *Rev. Bras psiquiatria*. 2004; 26(2):3-6.
19. Wilfley DE, Frank MA., Welch R., Spurrell EB, Rounsaville BJ. Adapting interpersonal psychotherapy to a group format (TIP-G) for binge eating disorder: Toward a model for adapting empirically supported treatments. *Psychotherapy Research*. 1998;8:379-391.
20. Wilfley DE, Agras WS, Telchman CF, Rossiter EM, Schneider JA, Cole AG, Sifford L, Raeburn SD. Group cognitive-behavioral therapy and group interpersonal therapy for the non-purging bulimic: A controlled comparison. *Journal of consulting and clinical Psychology*. 1993;61:296-305.
21. O'Shea G, Spence SH, Donovan CL. Group versus individual interpersonal psychotherapy for depressed adolescents. *Behav Cogn Psychotherapy*. 2015;43(1):1-19.
22. Field T, Diego M, Delgado J, Medina L. Peer support and Interpersonal psychotherapy groups experienced decreased prenatal depression, anxiety and cortisol. *early Hum Dev*. 2013;89(9): 621-4.
23. World Health Organization. *Group interpersonal therapy (TIP) for depression*. No. WHO/MSD/MER/16.4. World Health Organization, 2016.
24. Wilfley DE, MacKenzie RK, Welch RR, Ayres VE, Weissman MM. *Interpersonal psychology for group*. New York: Basic Books, 2000.
25. Nilsen P, Birken SA. (Eds.). *Handbook on implementation science*. Edward Elgar Publishing; 2020.
26. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups, *International Journal for Quality in Health Care*. 2007;19(6):349–357.
27. Fava M, Davidson KG. Definition and epidemiology of treatment-resistant depression. *Psychiatr Clin North Am*. 1996;19(2):179–200.

28. Fava M. Augmentation and combination strategies in treatment-resistant depression. *J Clin Psychiatry*. 2001;62.
29. Ferreira AFS. Depressão Resistente ao Tratamento. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto, 2022. <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/141746/2/568482.pdf>
30. Ruhé GH, van Rooijen G, Spijker J, Peeters FPML, Schene AH, Staging methods for treatment resistant depression. A systematic review, *Journal of Affective Disorders*, 2012;137(1–3):35-45.
31. Souza LH, Salum GA, Mosqueiro BP, Caldieraro MA, Guerra TA, Fleck MP. Interpersonal psychoterapy as add-on for treatment-resistant depression: A pragmatic randomized controlled trial. *J Affect Disorder*. 2016;15(193):373-80.
32. Roudinesco E; Plon M. Dicionário de psicanálise, trad. Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 1998.
33. Vinogradov S, Yalom JD. Manual de psicoterapia de grupo. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.
34. Contel JOB, Agostini M, Peduzzi M, Santos SA, Castaldelli AA, Oliveira AS. Grupo-terapia em hospital dia: Os grupos das comissões da atividade. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. 1993;42:327-34.
35. Brownson, RC, Graham AC, Enola KP (eds), *Dissemination and Implementation Research in Health: Translating Science to Practice*, 1st edn (2012; online edn, Oxford Academic, 24 May 2012).
36. Grimshaw JM, Eccles MP, Lavis JN, Hill SJ, Squires JE. Knowledge translation of research findings. *Implementation SCI* 7,50. 2012.
37. Kirchner JE, Smith JL, Powell BJ, Waltz TJ, Proctor EK. Getting a clinical innovation into practice: An introduction to implementation strategies. *Psychiatry Res*. 2020 Jan;283:112467. doi: 10.1016/j.psychres.2019.06.042
38. Pinto, EB. A pesquisa qualitativa em Psicologia Clínica. *Psicologia USP*. 2004;15(1-2):. 71-80. <https://doi.org/10.1590/S0103-65642004000100012>
39. Bauer MW, Gaskell G. Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático. Vozes Limitada, 2017.
40. Bryman A, Burgess B. (Eds.). *Analyzing qualitative data*. Routledge, 1994. <https://doi.org/10.4324/9780203413081>
41. Gale KN, Heath G, Cameron E, Rashid S, Redwood S. Using the framework method for the analysis of qualitative data in multi-disciplinary health research. *BMC Med Res Methodol*. 2013;13(117). <https://doi.org/10.1186/1471-2288-13-117>

42. Rosa, LS, Mackedanz LF. A análise temática como metodologia na pesquisa qualitativa em educação em ciências. *Atos de Pesquisa em Educação*, 2021;16:8574.
43. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 2006;3(2):77-101.
44. Ritchie J, Spencer L. Qualitative Data Analysis for Applied Policy Research. *In: Bryman A, Burgess, R., Eds., Anal. Qual. Data*, Routledge, London, 1994:173-194.
45. American Psychiatric Association. Practice guideline for the treatment of patients with major depressive disorder. *Am J Psychiatry* 2000; 157(suppl 4):1-45.
46. Fawcett J, Epstein P, Fiester SJ, Elkin I, Autry JH. Clinical management: Imipramine/placebo administration manual. NIMH treatment of depression collaborative research program. *Psychopharmacol Bull.* 1987;23(2):309-24.
47. Organização Mundial da Saúde. CID-10: Classificação Estatística Internacional de Doenças. v. 1. Edusp, 1994.
48. Sheehan DV, Lecrubier Y, Sheehan KH, Amorim P, Janavs J, Weiller E, et al. The Mini-International Neuropsychiatric Interview (MINI): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *J Clin Psychiatry* 1998;59 (Suppl 20):22-33.
49. Moreno RA, Moreno DH. Escalas de avaliação para depressão de Hamilton (HAM-D) e Montgomery-Asberg (MADRS). *Rev Psiquiatr Clin.* 1998; 25:71-84.
50. Hamilton M, Hamilton Rating-Scale for Depression (HAM-D). *In: Rush AJ, Pincus HA, First MB, et al (eds). Handbook of Psychiatric Measures.* Washington, DC: American Psychiatric Association Press, 2000, pp. 526-529.
51. Hamilton M. A rating scale for depression. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1960;23:56-62.
52. Snaith RP. Present use of the Hamilton Depression Rating Scale: observation on method of assessment in research of depressive disorders. *Br J Psychiatry* 1996;168:594-597.
53. Parker G, Hadzi-Pavlovic D. Melancholia: A disorder of Movement and Mood. A phenomenological and neurobiological review. New York: Cambridge University Press. 1996.
54. Osman A, Hoffman J, Barrios FX, Kopper BA, Breitenstein JL, Hahn SK. Factor structure, reliability, and validity of the Beck Anxiety Inventory in adolescent psychiatric inpatients. *J Clin Psychol.* 2002;58(4):443-56.
55. Kabacoff RI, Segal DL, Hersen M, Van Hasselt VB. Psychometric properties and diagnostic utility of the Beck Anxiety Inventory and the State-Trait Anxiety Inventory with older adult psychiatric outpatients. *J Anxiety Disord.* 1997;11(1): 33-47.
56. Piotrowski C. The state-TAUs of the Beck Anxiety Inventory in contemporary research. *Psychol Rep.* 1999;85(1):261-2.

57. Cunha JA. Manual da versão em português das Escalas Beck. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.
58. QSR International Pty Ltd. NVivo. March 2020. www.qsrinternational.com/nvivo-qualitative-data-analysis-software/home
59. Markowitz JC, Weissman MM. Interpersonal Psychotherapy: Past, Present and Future. *Clinical Psychology and Psychotherapy* 2012;19:99–105.
60. Weissman MM. Interpersonal Psychotherapy: History and Future. *American journal of psychotherapy*. NLM (Medline)2020;3–7.
61. Mutamba BB, Kane JC, de Jong JTVM et al. Psychological treatments delivered by community health workers in low-resource government health systems: effectiveness of group interpersonal psychotherapy for caregivers of children affected by nodding syndrome in Uganda. *Psychol Med* 2018;48:2573-2583.
62. McHugh ML. Interrater reliability: the kappa statistic. *Biochemia medica* 2012;22: 276-282.
63. Rose-Clarke K, Hassan E, Prakash BK et al. A cross-cultural interpersonal model of adolescent depression: A qualitative study in rural Nepal. *Social Science & Medicine* 2021;270, 113623

APÊNDICE A - Outras apresentações e premiações do estudo

XIV Congresso Gaúcho de Psiquiatria

- Pôster: Implementação da Psicoterapia Interpessoal em Grupo (TIP-G) no Município de Porto Alegre
- Trabalho premiado em primeiro lugar em pesquisa em psicoterapia no XIV Congresso Gaúcho de Psiquiatria

20th WPA World Congress of Psychiatry

- Pôster: Opportunities and barriers for the implementation of Interpersonal Group Psychotherapy in the treatment of depression in the Primary Health Care System

Jornada do CELG 2022

- Pôster: Implementação da Psicoterapia Interpessoal em Grupo na Atenção Primária

APÊNDICE B - Entrevista de captação de informações sobre a implementação da Terapia Interpessoal em Grupo (TIP-G)

- Não é necessário identificar-se

1- A partir da conclusão do curso de formação em TIP-G, te consideraste preparado (a) e/ou motivado (a) para a implementação de um grupo de TIP no teu local de trabalho? Por quê?

2- Cite de 1 a 3 estratégias que foram utilizadas para a implementação da TIP-G no seu local de trabalho

3- Cite de 1 a 3 barreiras que foram identificadas no processo de implantação da TIP-G no seu local de trabalho?

4- Considera que houve adesão/apoio da equipe e da coordenação no processo de implantação da TIP-G no seu local de trabalho? Como este fator influenciou no resultado final?

5- Como foi definida, dentre os usuários, a população alvo para participar da TIP-G no seu local de trabalho?

6- Você já teve experiências com implementação de outras inovações/práticas clínicas no seu cotidiano de trabalho? Se sim, que observações acerca de semelhanças, diferenças podem ser feitas nesta experiência da implantação da TIP-G?

7- Você pode colocar livremente comentários e sugestões sobre o curso, a supervisão e a implementação da TIP-G na atenção primária em saúde?

APÊNDICE C – Manual para os pacientes selecionados para TIP-G

Entenda a Depressão

A Depressão é uma doença que atinge em torno de 15% da população. Causa muito sofrimento e dificuldade para trabalhar e até mesmo para fazer coisas básicas como tomar banho e ter disposição para sair da cama pela manhã. Pode causar insônia, irritação ou mesmo sonolência durante o dia. As pessoas deprimidas tem uma visão negativa da vida e de si mesmas e podem até pensar em morrer. Às vezes as pessoas tem dificuldade em reconhecer que é uma doença. É muito importante reconhecer a Depressão para buscar ajuda e tratamento. Existem opções eficazes para tratar a Depressão como as psicoterapias individuais ou em grupo e as medicações. O tratamento com antidepressivos para um episódio agudo deve durar ao menos de 6 a 9 meses, podendo este período ser estendido. É muito importante estar atento porque pode haver recaídas da Depressão. A psicoterapia para ter um efeito satisfatório deve ocorrer no mínimo uma vez por semana por quanto tempo for necessária e indicada.

Como a terapia em grupo funciona?

As pesquisas demonstram que só medicamentos muitas vezes não são suficientes para tratar a Depressão. A Depressão pode ser causada por diferentes fatores: genética, traumas, estresses, perdas, doenças, problemas familiares e de relacionamento.

Reunir-se em grupos é uma característica essencial dos seres humanos. Em grupos as pessoas podem aprender a se relacionar melhor e encontrar apoio. O efeito do tratamento em grupo para prevenir e melhorar problemas de saúde mental é altamente reconhecido.

Poder conversar e escutar outra pessoa num grupo pode aliviar sintomas depressivos. A descoberta de que outras pessoas têm sofrimentos e problemas parecidos pode ajudar.

A troca de informações e a união que se cria entre os participantes ajuda a desenvolver esperança, olhar de outro jeito para o passado, fazer novos relacionamentos.

A Terapia interpessoal em grupo foi desenvolvida para tratar a depressão tendo resultados reconhecidos em pesquisas. É focada nos relacionamentos atuais ou na falta deles possibilitando melhora dos sintomas de Depressão.

Mitos/Dúvidas sobre a terapia em grupo:

Vou me expor?

Vou receber menos atenção?

Ajudar os outros pode me ajudar também?

Como aproveitar o seu grupo?

Como funcionam os nossos grupos? O que se espera dos pacientes no grupo?

Nas sessões iniciais os participantes irão começar a se conhecer uns aos outros, perceber suas semelhanças e diferenças e a identificar os seus problemas.

Se trabalha compartilhando.

Se desenvolvem habilidades de acordo com os problemas identificados na entrevista individual realizada antes de começar o grupo.

Na medida em que o trabalho em grupo evolui, a confiança entre os participantes e a troca de experiências aumenta, gerando mudanças interpessoais. Ao melhorar a habilidade de se comunicar com outras pessoas a Depressão pode melhorar.

No término do grupo será visto o aproveitamento de cada um individualmente.

Regras:

Comparecer no horário.

Pode haver no máximo duas faltas ao longo das 12 semanas de reunião no grupo (uma vez por semana por 1:15 min).

Não é permitido vir ao grupo tendo ingerido substâncias ou álcool, pois isto impede o aproveitamento.

ANEXO A – Inventário de depressão de Beck – II (BDI-II)

Nome: _____ Idade: _____ Data: _____
 ____/____/____

Este questionário consiste em 21 grupos de afirmações. Por favor, leia cada uma delas cuidadosamente. Depois, escolha uma frase de cada grupo, a que melhor descreva o modo como você tem se sentido nas **duas últimas semanas**, incluindo o dia de hoje. Faça um círculo em volta do número (0,1,2 ou 3), correspondente à afirmação escolhida em cada grupo. Se mais de uma afirmação em um grupo lhe parecer igualmente apropriada, escolha a de número mais alto neste grupo. Verifique se não marcou mais de uma afirmação por grupo, incluindo o item 16 (alterações no padrão de sono) e o item 18 (alterações de apetite).

1	0 Não me sinto triste 1 Eu me sinto triste grande parte do tempo 2 Estou triste o tempo todo 3 Estou tão triste ou infeliz que não consigo suportar	7	0 Não me sinto decepcionado comigo mesmo 1 Estou decepcionado comigo mesmo 2 Estou enojado de mim 3 Eu me odeio
2	0 Não estou especialmente desanimado quanto ao futuro 1 Eu me sinto desanimado quanto ao futuro 2 Acho que nada tenho a esperar 3 Acho o futuro sem esperanças e tenho a impressão de que as coisas não podem melhorar	8	0 Não me sinto de qualquer modo pior que os outros 1 Sou crítico em relação a mim por minhas fraquezas ou erros 2 Eu me culpo sempre por minhas falhas 3 Eu me culpo por tudo de mal que acontece
3	0 Não me sinto um fracasso 1 Acho que fracassei mais do que uma pessoa comum 2 Quando olho pra trás, na minha vida, tudo o que posso ver é um monte de fracassos 3 Acho que, como pessoa, sou um completo fracasso	9	0 Não tenho quaisquer idéias de me matar 1 Tenho idéias de me matar, mas não as executaria 2 Gostaria de me matar 3 Eu me mataria se tivesse oportunidade
4	0 Tenho tanto prazer em tudo como antes 1 Não sinto mais prazer nas coisas como antes 2 Não encontro um prazer real em mais nada 3 Estou insatisfeito ou aborrecido com tudo	10	0 Não choro mais que o habitual 1 Choro mais agora do que costumava 2 Agora, choro o tempo todo 3 Costumava ser capaz de chorar, mas agora não consigo, mesmo que o queria
5	0 Não me sinto especialmente culpado 1 Eu me sinto culpado grande parte do tempo 2 Eu me sinto culpado na maior parte do tempo 3 Eu me sinto sempre culpado	11	0 Não sou mais irritado agora do que já fui 1 Fico aborrecido ou irritado mais facilmente do que costumava 2 Agora, eu me sinto irritado o tempo todo 3 Não me irrito mais com coisas que costumavam me irritar
6	0 Não acho que esteja sendo punido 1 Acho que posso ser punido 2 Creio que vou ser punido 3 Acho que estou sendo punido	12	0 Não perdi o interesse pelas outras pessoas 1 Estou menos interessado pelas outras pessoas do que costumava estar 2 Perdi a maior parte do meu interesse pelas outras

13	<p>0 Tomo decisões tão bem quanto antes</p> <p>1 Adio as tomadas de decisões mais do que costumava</p> <p>2 Tenho mais dificuldades de tomar decisões do que antes</p> <p>3 Absolutamente não consigo mais tomar decisões</p>	18	<p>0 O meu apetite não está pior do que o habitual</p> <p>1 Meu apetite não é tão bom como costumava ser</p> <p>2 Meu apetite é muito pior agora</p> <p>3 Absolutamente não tenho mais apetite</p>
14	<p>0 Não acho que de qualquer modo pareço pior do que antes</p> <p>1 Estou preocupado em estar parecendo velho ou sem atrativo</p> <p>2 Acho que há mudanças permanentes na minha aparência, que me fazem parecer sem atrativo</p> <p>3 Acredito que pareço feio</p>	19	<p>0 Não tenho perdido muito peso se é que perdi algum recentemente</p> <p>1 Perdi mais do que 2 quilos e meio</p> <p>2 Perdi mais do que 5 quilos</p> <p>3 Perdi mais do que 7 quilos</p> <p>Estou tentando perder peso de propósito, comendo menos: Sim _____ Não _____</p>
15	<p>0 Posso trabalhar tão bem quanto antes</p> <p>1 É preciso algum esforço extra para fazer alguma coisa</p> <p>2 Tenho que me esforçar muito para fazer alguma coisa</p> <p>3 Não consigo mais fazer qualquer trabalho</p>	20	<p>0 Não estou mais preocupado com a minha saúde do que o habitual</p> <p>1 Estou preocupado com problemas físicos, tais como dores, indisposição do estômago ou constipação</p> <p>2 Estou muito preocupado com problemas físicos e é difícil pensar em outra coisa</p> <p>3 Estou tão preocupado com meus problemas físicos que não consigo pensar em qualquer outra coisa</p>
16	<p>0 Consigo dormir tão bem como o habitual</p> <p>1 Não durmo tão bem como costumava</p> <p>2 Acordo 1 a 2 horas mais cedo do que habitualmente e acho difícil voltar a dormir</p> <p>3 Acordo várias horas mais cedo do que costumava e não consigo voltar a dormir</p>	21	<p>0 Não notei qualquer mudança recente no meu interesse por sexo</p> <p>1 Estou menos interessado por sexo do que costumava</p> <p>2 Estou muito menos interessado por sexo agora</p> <p>3 Perdi completamente o interesse por sexo</p>
17	<p>0 Não fico mais cansado do que o habitual</p> <p>1 Fico cansado mais facilmente do que costumava</p> <p>2 Fico cansado em fazer qualquer coisa</p> <p>3 Estou cansado demais para fazer qualquer coisa</p>		

ANEXO B – Inventário de ansiedade de Beck (BAI)

Nome: _____ Idade: _____ Data: _____
 _____/_____/_____

Abaixo está uma lista de sintomas comuns de ansiedade. Por favor, leia cuidadosamente cada item da lista. Identifique o quanto você tem sido incomodado por cada sintoma durante a **última semana, incluindo hoje**, colocando um “x” no espaço correspondente, na mesma linha de cada sintoma.

	Absolutament e não	Levemente Não me incomodou muito	Moderadamente Foi muito desagradável, mas pode suportar	Gravemente Dificilmente pode suportar
1. Dormência ou formigamento				
2. Sensação de calor				
3. Tremores nas pernas				
4. Incapaz de relaxar				
5. Medo que aconteça o pior				
6. Atordoado ou tonto				
7. Palpitação ou aceleração do coração				
8. Sem equilíbrio				
9. Aterrorizado				
10. Nervoso				
11. Sensação de sufocação				
12. Tremores nas mãos				
13. Trêmulo				
14. Medo de perder o controle				
15. Dificuldade de respirar				
16. Medo de morrer				
17. Assustado				
18. Indigestão ou desconforto no abdômen				
19. Sensação de desmaio				
20. Rosto afogueado				
21. Suor (não devido ao calor)				

ANEXO C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Nº do projeto GPPG ou CAAE: 94975918.0.0000.5237

Título do Projeto: Efetividade da Psicoterapia Interpessoal em grupo (TIP-G) adicionada ao tratamento usual (TAU) em pacientes com depressão maior.

Você está sendo convidado (a) a participar de uma pesquisa cujo objetivo é testar se a psicoterapia interpessoal em grupo, quando usada juntamente com o tratamento com medicação, traz benefícios no tratamento da depressão. Caso haja esta melhora, esta terapia poderá ser útil para ajudar no tratamento desta doença em pacientes que não tenham respondido a tentativas prévias de tratamento. Esta pesquisa está sendo realizada pelo Programa de Transtornos do Humor – PROTHUM do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA).

Se você aceitar participar da pesquisa, os procedimentos envolvidos em sua participação são os seguintes: Você será sorteado para receber um dos dois tipos de tratamento:

1) tratamento com medicação, com consultas de frequência mensal, (tal qual ocorreria caso você não participasse desse estudo);

Ou

2) tratamento com medicação, com consultas com frequência mensal mais a psicoterapia interpessoal em grupo. Essa terapia é realizada uma vez por semana, durante uma hora e quinze minutos, por um psicoterapeuta e seu auxiliar, e tem duração de doze semanas. Nessa terapia serão abordadas as dificuldades psicológicas que você apresenta e que podem estar associadas aos seus sintomas. Também é importante informá-lo de que são possíveis no máximo duas faltas às doze sessões de psicoterapia em grupo. Se houver mais do que duas faltas você precisará interromper o tratamento em grupo porque para o tratamento ter efeito é necessária a frequência e mais do que duas faltas se sabe que prejudica o funcionamento do tratamento e compromete os dados da pesquisa. Isto não interferirá com a continuidade do tratamento medicamentoso que você já recebe aqui no ambulatório de depressão.

Independente do grupo que você participar, no início do estudo e ao final de 12 semanas você será convidado a responder alguns questionários a respeito dos seus sintomas. Esses questionários servirão para avaliarmos a sua resposta aos tratamentos. Em média, leve-se uma hora para respondê-los. Não é possível escolher de qual grupo participar.

Todas as avaliações e sessões serão realizadas no Centro de Pesquisa Clínica do HCPA.

Os possíveis riscos ou desconfortos decorrentes da participação na pesquisa são as seguintes: a psicoterapia interpessoal em grupo é um tipo de tratamento aprovado para depressão. A psicoterapia é um tratamento psicológico, em que você virá ao hospital uma vez por semana durante 12 semanas para conversar em grupo com um psicoterapeuta e seu auxiliar e com outros pacientes com diagnóstico de depressão a respeito dos problemas emocionais que estão ligados à sua depressão. Além das 12 sessões em grupo você terá uma entrevista individual com o psicoterapeuta antes de iniciar o tratamento em grupo e uma após o término das 12 sessões em grupo. Você poderá se sentir triste e desconfortável por conversar sobre assuntos difíceis para você e por dedicar o tempo necessário para a resposta a questionários. Nestes casos, você receberá atendimento por profissionais treinados e se ainda assim sentir-se desconfortável, poderá interromper a participação na pesquisa, caso queira.

Os possíveis benefícios decorrentes da participação na pesquisa são a melhora dos seus sintomas de Depressão. Além disso, sua colaboração neste estudo visa a aumentar o conhecimento científico sobre o tratamento da depressão e, se aplicável, poderá beneficiar futuros pacientes.

Sua participação na pesquisa é totalmente voluntária, ou seja, não é obrigatória. Caso você decida não participar, ou ainda, desistir de participar e retirar seu consentimento, não haverá nenhum prejuízo ao atendimento que você recebe ou possa vir a receber na instituição.

Não está previsto nenhum tipo de pagamento pela sua participação na pesquisa e você não terá nenhum custo com respeito aos procedimentos envolvidos, porém, poderá ser ressarcido pelas despesas de transporte para vir aos atendimentos previstos, cujos custos serão absorvidos pelo orçamento da pesquisa.

Caso ocorra alguma intercorrência ou dano, resultante de sua participação na pesquisa, você receberá todo o atendimento necessário, sem nenhum custo pessoal.

Os dados coletados durante a pesquisa serão sempre tratados confidencialmente. As sessões serão filmadas para controle de qualidade da técnica pela equipe de pesquisa e o material filmado será armazenado por cinco anos pelo responsável técnico desta pesquisa. Os resultados serão apresentados de forma conjunta, sem a identificação dos participantes, ou seja, o seu nome não aparecerá na publicação dos resultados.

Caso você tenha dúvidas, poderá entrar em contato com o pesquisador responsável Prof. Dr. Marcelo Fleck pelo telefone (51) 999618300 ou com a Dra. Maria Isabel Perez Mattos, pelo telefone (51) 981519947 ou, ainda com o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), pelo telefone (51) 33597640, ou no 2º andar do HCPA, sala 2227, de segunda à sexta, das 8h às 17h.

Esse Termo é assinado em duas vias, sendo uma para o participante e outra para os pesquisadores.

Nome do participante da pesquisa

Assinatura

Nome do pesquisador que aplicou o Termo

Assinatura

Local e Data: _____

ANEXO D – Manual de triagem para TIP-G

Manual de Triagem pra TIP em Grupo

Uma entrevista de 1 hora e 30 minutos.

Todos os pacientes devem concluir a avaliação dos seguintes itens:

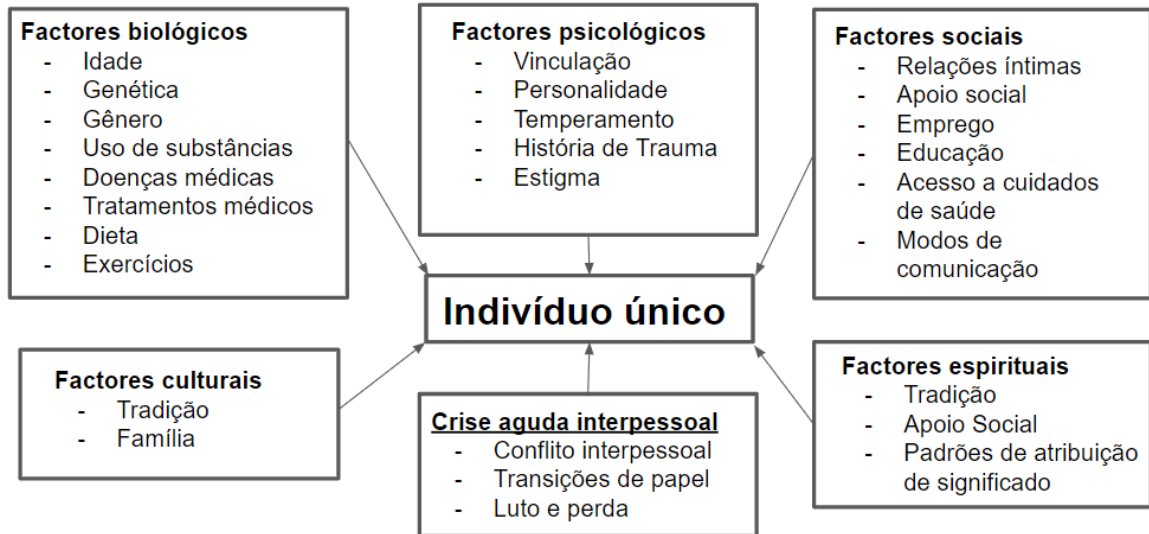
- a) Avaliação Psiquiátrica Completa
- b) Inventário Interpessoal (Roteiro de entrevista)
- c) Círculo da rede interpessoal (Preenchido pelo paciente)

Inventário interpessoal

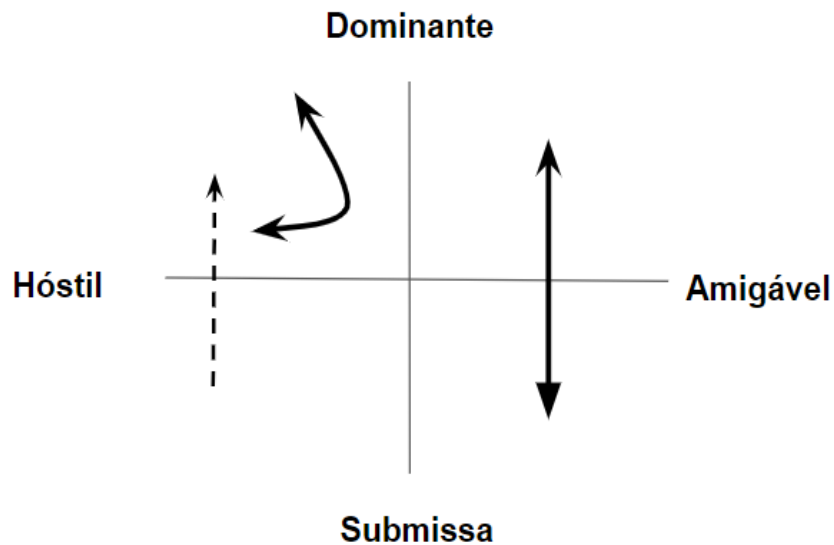


Formulação Interpessoal (Redigido pelo terapeuta, é técnico e formal, utiliza-se os critérios Diagnósticos do DSM 5)

Formulário Interpessoal



Comunicação interpessoal em TIP



A Comunicação Interpessoal elicitou ou provoca respostas específicas. Comunicação amigável elicitou respostas amigáveis. Comunicação hostil provoca hostilidade. As respostas negativas provocadas reduzem a probabilidade de ter o apoio dos outros.

Modelo de vinculação TIP

Modelo de Self

	<i>Self Competente</i>	<i>Self não competente</i>
Dependente	Seguro	Preocupado
<i>Modelo dos Outros</i>	Evitante desligado	Evitante amedrontado
Não Dependente		

Sumário da formulação Interpessoal (do paciente)

- Redigido em conjunto entre paciente e terapeuta;
- Escrito ou desenhado, linguagem adequada ao paciente.

ANEXO E – Formulário

PROCOLO: _____
 ENTREVISTADOR: _____ DATA DA
 ENTREVISTA: ____/____/_____
 NÚMERO DO PRONTUÁRIO _____

I IDENTIFICAÇÃO

- I.1. NOME: _____
 I.2 TELEFONE PARA CONTATO: _____/_____
 ENDEREÇO: _____ Nº _____ COMPLEMENTO: _____
 CIDADE: _____ BAIRRO: _____ CEP: _____
 PESSOA DE REFERÊNCIA: _____ TELEFONE: _____
 I.3. DATA DE NASCIMENTO ____/____/____ IDADE (em anos): ____
 I.4. () SEXO: (1) Masculino (2) Feminino
 I.5. () COR: (1) Branca (2) Preta / Parda (3) Outra
 I.6 () ESTADO CONJUGAL:
 (1) Nunca teve companheiro(a) (2) Com companheiro(a) (3) Separado(a) (4) viúvo(a)
 I.7. ANOS DE ESTUDO: ____ (anos necessários para o maior grau de formação atingido)
 I.8 () OCUPAÇÃO:
 (1) Com atividade remunerada
 (2) Sem atividade remunerada (ou atividade com pequeno impacto no sustento familiar)
 (3) Do lar
 (4) Estudante
 (5) Aposentado por tempo de serviço
 (6) em Auxílio-doença: Por Transtorno do Humor () Sim () Não
 (7) Aposentado por invalidez: Por Transtorno do Humor () Sim () Não
 (8) Outra

Classificação Econômica

1. Posse de Itens

	Quantidade de Itens				
	0	1	2	3	4 ou +
Televisão em Cores	0	2	3	4	5
Rádio	0	1	2	3	4
Banheiro	0	2	3	4	4
Automóvel	0	2	4	5	5
Empregada Mensalista	0	2	4	4	4
Aspirador de Pó	0	1	1	1	1
Máquina de Lavar	0	1	1	1	1
Vídeo Cassete e/ou DVD	0	2	2	2	2
Geladeira	0	2	2	2	2
Freezer (aparelho independente ou parte da geladeira duplex)	0	1	1	1	1

2. Grau de Instrução do chefe da família

Analfabeto /Primário incompleto	0
Primário completo / Ginásial incompleto	1
Ginásial completo / Colegial incompleto	2
Colegial completo / Superior incompleto	3
Superior completo	5

Classe:

- (1) A1 (30-34) (2) A2 (25-29) (3) B1 (21-24) (4) B2 (17-20)
 (5) C (11-16) (3) D (6-20) (6) E (0-5)

História da doença:

- Tempo desde o início do episódio atual: _____ (meses)
- Hospitalizações Psiquiátricas: 1- sim 2- não Se sim, quantas: _____
- Idade na 1ª hospitalização psiquiátrica: _____ anos
- Idade na última hospitalização: _____ anos
- Tentativa de suicídio: 1-sim 2-não
 Se sim, número: _____ vezes
 Tipo de tentativa: 1- arma fogo 2- enforcamento 3-cortar pulsos 4- medicação
 5- pular de local alto 6-outro, qual: _____
- Menopausa: 1-sim 2-não Se sim, idade: _____anos. 9999- não se aplica (homem)
- Terapia de Reposição Hormonal (atual): 1-sim 2-não 9999- não se aplica (homem)
- Quantos episódios prévios de depressão:
- Quantas tentativas de tratamento já foram realizadas para esse episódio:
- Quantas dessas consideradas adequadas (mínimo 4 semanas, dose mínima equivalente a 75mg de amitriptilina):
- Quanto tempo (meses) ao longo da vida esteve deprimido:
- Quanto tempo (meses) ao longo da vida esteve eutímico:

Hábitos

- Tabagismo ATAUal: 1 – sim 2 - não Se sim, tempo de uso: __anos n° cigarros/dia: ____
 Tabagismo Passado: 1- sim 2- não Se sim, tempo uso: _____anos Parou há _____ anos
- Quantas horas você dedica a prática de esportes e exercícios físicos por semana?
 - Nenhuma
 - Menos que 1 hora por semana
 - Entre 1 e 2 horas por semana
 - Entre 2 e 4 horas por semana
 - Mais do que 4 horas por semana

No último mês: _____

No último ano: _____

Medicações em uso (nos últimos 30 dias)

PSICOFÁRMACOS: (1) faz uso (2) não faz uso (3) não sabe

MEDICAÇÃO	DOSE	TEMPO DE USO EM MESES	RESPOSTA À MEDICAÇÃO

OUTRAS MEDICAÇÕES: (1) faz uso (2) não faz uso (3) não sabe

História Familiar

Problemas Psiquiátricos		
(0) Ausente	(1) Depressão	(2) Tentativa de Suicídio
3) Suicídio	(4) Comportamento Violento	(5) Gastos Excessivos
(6) TH Bipolar	(7) Esquizofrenia	(8) Problemas c/ Álcool
(9) Problemas c/ Drogas	(10) Problemas c/ jogo	(11) Hospitalização Psiquiátrica
(12) Tratamento psiquiátrico	(13) Outros (<i>registrar</i>)	(14) Não sabe

Grau de Parentesco
1o Grau
P - Pai
M . Mãe
F . Filho(a)
I . Irmã (ão)
2o Grau
T . Tio(a)
P . Primo(a)
S . Sobrinho(a)
A . Avô(ó)

ANEXO F – Resumo de Código

Informações:

1. Autor:

2. Data:

3. Sumário dos temas abordados:

Sessão	Sumário dos temas abordados
Sessão 1	
Sessão 2	
Sessão 3	
Sessão 4	
Sessão 5	
Sessão 6	
Sessão 7	
Sessão 8	
Sessão 9	
Sessão 10	

4. Narrativa(s) Principal(ais):

Título da narrativa:

Descrição:

5. Frases-exemplo (indicar quem falou e copiar frase entre aspas):

[Nome]:

Narrativa(s) Desviante(s):

Título da narrativa:

Descrição:

6. Frases-exemplo (indicar quem falou e copiar frase entre aspas):

[Nome]: