

UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PELOTAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE E COMPORTAMENTO

Ramaile Tomé Santana

**Avaliação do Abandono em Ensaio Clínico Randomizado Terapia Cognitivo
Comportamental e Entrevista Motivacional em Gestantes Deprimidas**

Pelotas

2019

Ramaile Tomé Santana

**Avaliação do Abandono em Ensaio Clínico Randomizado Terapia Cognitivo
Comportamental e Entrevista Motivacional em Gestantes Deprimidas**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós- Graduação em Saúde e Comportamento da Universidade Católica de Pelotas como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Saúde e Comportamento.

Orientador: Prof. Dr. Luciano Dias de Mattos Souza

Pelotas
2019

S232a Santana, Ramaile Tomé
Avaliação do abandono em ensaio clínico randomizado
terapia cognitivo comportamental e entrevista motivacional em
gestantes deprimidas / Ramaile Tomé Santana. - 2019.
78 f.

Dissertação (Mestrado em Saúde e Comportamento) -
Universidade Católica de Pelotas, 2019.
Orientador: Luciano Dias de Mattos Souza.

1. Depressão. 2. Gravidez. 3. Terapia cognitivo
comportamental. 4. Entrevista motivacional. I. Souza, Luciano
Dias de Mattos. II. Título.

CDD 616.89

Catálogo na fonte: Bibliotecária Jetlin da Silva Maglioni CRB-10/2462

**Avaliação do Abandono em Ensaio Clínico Randomizado
Terapia Cognitivo Comportamental e Entrevista
Motivacional em Gestantes Deprimidas**

Conceito final: _____
[L]
[S]
[E]
[P]

Aprovado em: _____ de _____ de _____.

BANCA EXAMINADORA:

Prof(a). Dr(a). Patricia Portantiolo Manzolli (Universidade
Federal de Pelotas)

Prof(a). Dr(a). Mariana Bonati de Matos (Universidade Católica
de Pelotas)

Orientador – Prof(a). Dr Luciano Dias de Mattos Souza

RESUMO

Introdução: O estudo visa avaliar os fatores de risco relacionados ao abandono ao tratamento de gestantes com Transtorno Depressivo Maior (TDM) e o impacto da associação da entrevista motivacional (EM) à Terapia Cognitiva Comportamental (TCC) em comparação com a TCC isolada no abandono.

Método: Ensaio clínico randomizado advindo de estudo transversal de base populacional. O processo de amostragem foi realizado a partir de sorteio dos setores censitários. Cada setor sorteado recebeu uma visita para listagem de todas as gestantes nos primeiros dois trimestres de gravidez as quais foram convidadas a participar da pesquisa. Para o diagnóstico de TDM foram utilizadas a Mini International Neuropsychiatric Interview na versão Plus e o Inventário de Depressão de Beck.

As participantes foram randomizadas em: TCC e TCC + EM. Para análise dos dados foi utilizado o programa SPSS 21.0. Na comparação entre as que concluíram e abandonaram o tratamento foram utilizados teste-t de Student e teste de χ^2 . Para análise do abandono terapêutico foi usada Regressão Logística.

Resultados: O estudo encontrou prevalência de abandono até a sexta sessão de 42,9%. A intensidade de sintomas depressivos inicial mostrou diferença estatisticamente ($p = 0,023$) entre os grupos de gestantes que abandonaram e que não abandonaram. As gestantes com quadro mais grave abandonaram 97% menos que aquelas com intensidade mínima ($p = 0,031$). Evidenciou-se uma tendência a abandonar mais na modalidade TCC do que no grupo EM+TCC ($p = 0,080$).

Conclusão: Apesar dos esforços para diminuir o abandono, sua prevalência foi muito alta, mostrando a importância de estudos para avaliar a motivação das gestantes com TDM no processo de tratamento.

Palavras-chave: Depressão; Gravidez; Terapia Cognitivo Comportamental; Entrevista Motivacional

ABSTRACT

Introduction: This study aims to evaluate risk factors related to the treatment abandonment of pregnant women with Major Depressive Disorder (MDD) and the impact of associating the motivational interview (MI) with the Cognitive Behavioral Therapy (CBT), in comparison with the isolated CBT in abandonment.

Method: Randomized clinical trial coming from a cross-sectional population-base study. The sampling process was made by drawing lots from censitary sectors. Each drawn sector received a visit for listing all pregnant women in the first two trimestres of pregnancy, whom were invited to participate in the research. For diagnosis of MDD, the Mini International Neuropsychiatric Interview was utilized in the Plus version, as well as the Beck Depression Inventory.

Results: The study has found prevalence of abandonment up to the sixth of 42.9%. The intensity of initial depressive symptoms has shown statistical difference ($p = 0.023$) between the pregnant women who abandoned the treatment and the ones that didn't. The pregnant women with the most severe symptoms have abandoned 97% less than the ones with minimal intensity ($p = 0.031$). It became evident a higher tendency to abandon in the CBT mode than in the MI + CBT ($p = 0,080$).

Conclusion: Despite the efforts to lower the abandonment rate, it had a very high prevalence, showcasing the the importance of studies to evaluate the motivation of pregnant women with MDD in the treatment process.

Keywords: Depression; Pregnancy; Cognitive Therapy; Motivational Interviewing.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Características de gestantes com transtorno depressivo maior associadas ao abandono terapêutico.....	40
Tabela 2 - Diferenças dos escores de trauma precoce de acordo com o abandono terapêutico	42
Tabela 3 - Comparação das características de gestantes com transtorno depressivo maior entre os modelos de psicoterapia.....	42
Tabela 4 - Diferença dos escores de trauma precoce entre os modelos de psicoterapia para TDM na gestação.....	44
Tabela 5 - Regressão logística para o abandono terapêutico do tratamento de TDM na gestação	44

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

TCC	Terapia Cognitivo Comportamental
EM	Entrevista Motivacional
TDM	Transtorno Depressivo Maior
MA	Meta-análise
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	10
1. IDENTIFICAÇÃO	11
1.1 Título	11
1.2 Mestrando	11
1.3 Orientador	11
1.4 Instituição	11
1.5 Curso.....	11
1.6 Linha de pesquisa	11
1.7 Data.....	11
2. INTRODUÇÃO	12
3. OBJETIVOS	14
3.1 Geral	14
3.2 Específicos.....	14
4. HIPÓTESES	15
5. REVISÃO DE LITERATURA.....	16
6. MÉTODO	22
6.1 Delineamento.....	22
6.2 Participantes	22
6.2.1 Critérios de inclusão	22
6.2.2 Critérios de exclusão	22
6.3 Procedimentos e Instrumentos.....	23
6.3.1 Desfecho primário	25
6.3.2 Desfecho secundário.....	25
6.4 Análise de dados	25
6.5 Aspectos éticos	25
6.5.1 Riscos	26
6.5.2 Benefícios	26
6.6 Cronograma	27
6.7 Orçamento	27
7. REFERÊNCIAS	28
ARTIGO.....	31
DISCUSSÃO	38
ANEXOS	47
Anexo A: Carta de aprovação no comitê de ética	52
Anexo B: Termo de consentimento livre e esclarecido	56
Anexo C: Instrumentos	58

APRESENTAÇÃO

O presente estudo visa identificar os fatores de risco relacionados ao abandono ao tratamento de gestantes diagnosticadas com TDM, e avaliar o impacto da associação da entrevista motivacional à TCC, em comparação com essa modalidade de terapia isolada na proporção de abandono ao tratamento nessa população.

1. IDENTIFICAÇÃO

1.1 Título: Avaliação do Abandono em Ensaio Clínico Randomizado Terapia Cognitivo Comportamental e Entrevista Motivacional em Gestantes Deprimidas

1.2 Mestrando: Ramaile Tomé Santana

1.3 Orientador: Luciano Dias de Mattos Souza

1.4 Instituição: Universidade Católica de Pelotas (UCPel)

1.5 Curso: Mestrado em Saúde e Comportamento

1.6 Linha de pesquisa: Saúde Mental

1.7 Data: 17/05/2019

2. INTRODUÇÃO

Durante a gestação, as mulheres apresentam uma vulnerabilidade aumentada aos transtornos do humor¹. A prevalência de depressão gestacional encontrada em países de baixa renda é de aproximadamente 20%, já nos países desenvolvidos a prevalência é estimada entre 10% e 15%². Esta condição pode afetar negativamente o estabelecimento do vínculo e as primeiras interações com o bebê^{3,4}. A gravidade e cronicidade da depressão materna podem levar a alterações no desenvolvimento social, motor, cognitivo, e até mesmo na saúde geral dos bebês⁵. Evidências mostram que o estado emocional da mãe, associados aos fatores ambientais ocorridos durante o período pré-natal, podem causar ainda risco de parto pré-maturo e baixo peso ao nascer⁶, atraso no desenvolvimento infantil⁷ e maior susceptibilidade a transtornos mentais na criança⁸. Estudos realizados em países desenvolvidos fornecem evidências de que a depressão materna esteja associada a problemas emocionais, cognitivos e comportamentais de longa duração em crianças⁹.

Em função das particularidades do período gestacional, estudos randomizados controlados com placebo para avaliação da segurança dos psicofármacos na gestação são impossíveis de serem realizados por razões éticas. Portanto, as pesquisas com medicação para essa população nos mostra apenas estimativas de risco materno-fetal na gestação, pois esses estudos são, na maioria, naturalísticos do tipo relatos de caso, caso-controle ou estudos epidemiológicos de coorte retrospectivos, cada um com suas limitações metodológicas inerentes. Visto isso, se torna muito importante estudar tratamentos não-farmacológicos passíveis de avaliação randomizada controlada. Dentre as possibilidades não-farmacológicas, um modelo de psicoterapia, a Terapia Cognitivo Comportamental (TCC) é uma das formas de tratamento que tem sido apontada como significativamente eficaz para pacientes deprimidos¹⁰. Contudo, a baixa adesão aos tratamentos psicossociais tem sido um grave problema enfrentado nos estudos clínicos sobre eficácia e efetividade, especialmente na TCC¹¹. Uma metanálise que avaliou a eficácia geral e o abandono da TCC individual e grupal para adultos com diagnóstico de transtorno depressivo unipolar encontrou uma taxa de abandono de 24,63%¹². Variáveis como nível inicial de depressão, número de eventos estressantes da vida¹³, falha em melhorar no início da terapia¹⁴ são preditores de abandono no tratamento para depressão para adultos. Porém, pouco se sabe sobre os fatores de risco vinculados a realidade das gestantes que levam aquelas que estão deprimidas a abandonar o tratamento.

Nesse contexto, além das características da gestante, o tipo de intervenção psicoterapêutica pode contribuir para o desfecho do abandono. Práticas clínicas como a entrevista motivacional têm sido incluídas aos protocolos de TCC visando atenuar este problema. A entrevista motivacional é definida como um método diretivo centrada no paciente, que visa aumentar a motivação intrínseca para mudança através da exploração e resolução de ambivalências¹⁵. Essa técnica motivacional apresenta resultados excelentes no tratamento de depressão e quadros depressivos subsindrômicos¹⁶.

Assim, o presente estudo visa identificar os fatores de risco relacionados ao abandono ao tratamento de gestantes diagnosticadas com TDM, e avaliar o impacto da associação da entrevista motivacional à TCC, em comparação com essa modalidade de terapia isolada na proporção de abandono ao tratamento nessa população.

3. OBJETIVOS

3.1 Geral

Avaliar a proporção de abandono às psicoterapias cognitivas (TCC ou Entrevista Motivacional+TCC) em gestantes diagnosticadas com TDM.

3.2 Específicos

- Analisar a relação entre ausência de companheiro(a) com a proporção de abandono das gestantes deprimidas à Terapia Cognitivo Comportamental;
- Analisar a relação entre ter a gravidez atual não planejada com a proporção de abandono das gestantes deprimidas à Terapia Cognitivo Comportamental;
- Analisar a relação entre ausência de apoio da mãe na gravidez com a proporção de abandono das gestantes deprimidas à Terapia Cognitivo Comportamental;
- Analisar a relação entre escolaridade inferior a 9 anos de estudo com a proporção de abandono das gestantes deprimidas à Terapia Cognitivo Comportamental;
- Comparar as médias dos sintomas depressivos no início do tratamento entre aquelas que concluíram e aquelas que abandonaram a intervenção;
- Analisar a relação entre a Entrevista Motivacional com a proporção de abandono das gestantes deprimidas à Terapia Cognitivo Comportamental.

4. HIPÓTESES

- Qual a taxa de abandono de tratamento de 25%;
- Ausência de companheiro(a) estaria associado com aumento da taxa de abandono das gestantes deprimidas à Terapia Cognitivo Comportamental;
- Presença de gravidez atual não planejada estaria associado com aumento da taxa de abandono das gestantes deprimidas à Terapia Cognitivo Comportamental;
- Ausência de apoio da mãe na gravidez estaria associado com aumento da taxa de abandono das gestantes deprimidas à Terapia Cognitivo Comportamental;
- Escolaridade inferior a 9 anos de estudo estaria associado com aumento da taxa de abandono das gestantes deprimidas à Terapia Cognitivo Comportamental;
- O grupo de gestantes que abandonou o tratamento apresentará escores significativamente maiores de depressão do que as concluintes;
- Entrevista Motivacional estaria associado com redução da taxa de abandono das gestantes deprimidas à Terapia Cognitivo Comportamental.

5. REVISÃO DE LITERATURA

A revisão de literatura foi realizada de maio de 2017 até novembro de 2018 através dos bancos de dados: PubMed e PsycINFO. Também, como de estratégias de busca, foram utilizadas as citações nas referências bibliográficas dos artigos pesquisados. Os seguintes descritores inicialmente foram utilizados:

#1) Depression OR Major Depressive Disorder OR Depressive Symptoms OR Emotional Depression

AND

#2) Cognitive Therapy OR Behavior Therapy OR Cognitive Behavior Therapy OR Cognitive Behavioral Therapy OR Cognitive Psychotherapy

AND

#3) Dropouts OR Treatment dropouts OR Psychotherapy dropout

AND

#4) Pregnancy OR Gestation

AND

#5) Motivational Interview

Com tais descritores nenhum artigo foi selecionado pelo banco PubMed. Pelo PsycINFO cinco artigos foram encontrados, porém nenhum com relevância para este trabalho. Nova busca foi realizada descartando o descritor “Pregnancy OR Gestation” encontrando 263 artigos. Após a exclusão daqueles que não demonstraram relevância sobre o tema pesquisado, bem como, a inclusão de artigos citados nos estudos selecionados, foram identificados, até o momento, 6 artigos considerados relevantes aos objetivos propostos, incluindo 2 meta-análises (MA).

Em 2015, Fernandez e cols.¹⁷ realizaram uma MA com o objetivo principal de calcular as taxas de abandono que ocorrem antes do início do tratamento (falha no início) e durante o tratamento (falta de conclusão) para os estudos sobre TCC. Em primeiro lugar, calculou-se uma taxa média ponderada de abandono de pré-tratamento (número de clientes que concordaram com o tratamento, mas não realizaram a primeira sessão de tratamento). A taxa de abandono do tratamento (número de clientes que interromperam o tratamento prematuramente após terem participado de pelo menos uma sessão) foi calculada com base em dados de todos os 115 estudos incluídos. Em

seguida, foram testadas seis variáveis categóricas (diagnóstico, formato de terapia, tipo de cliente, tipo de terapeuta, configuração de terapia e design do estudo) como potenciais mediadores usando um teste Q para ambos os tipos de abandono.

Eles obtiveram como resultados que a taxa de abandono do tratamento para os 115 estudos incluídos foi de 26,2%, IC 95% [23,1%, 29,7%]. Embora a taxa de abandono do tratamento tenha sido estável, os estudos foram altamente heterogêneos em suas estimativas, $Q(114) = 2562,23$, $p < 0.001$, $I^2 = 95,55\%$, com taxas de abandono de pré-tratamento variando de 0% a 83,78%. Esse alto grau de heterogeneidade sugere que as taxas de abandono do pré-tratamento na TCC podem variar de acordo com os moderadores potenciais do estudo. Eles também encontraram que o abandono foi significativamente associado ao (a) diagnóstico, com depressão tendo a maior taxa de abandono; (b) formato da terapia, com terapia eletrônica tendo taxas mais altas que a individual e a de grupo; (c) ambiente do tratamento, os pacientes que receberam terapia ambulatorial abandonaram mais do que os que receberam em ambiente hospitalar; e (d) número de sessões, para cada sessão adicional que foi incluída no tratamento, houve uma diminuição de 0,03 na proporção logarítmica de indivíduos que abandonaram. O abandono não foi significativamente associado à faixa etária, não mostrando diferença entre adultos e adolescentes, ao status de licenciamento do terapeuta, ao design do estudo (ensaio de controle randomizado [RCT] vs. não-RCT) ou a quão recente era a publicação.

No ano de 2013, Hans e cols.¹² realizaram uma MA para avaliar a eficácia geral e o abandono da TCC individual e grupal para adultos com diagnóstico primário de transtorno depressivo unipolar na prática clínica de rotina. Um total de 30 estudos foram encontrados nas bases de dados eletrônicas MEDLINE, PsycINFO e PSYNDExplus. Seis estudos adicionais foram localizados através da busca manual de listas de referência dos artigos incluídos e artigos de revisão ou foram identificados por especialistas. Ao total, 32 estudos foram incluídos na meta-análise. Ela definiu abandono como tendo frequentado pelo menos uma sessão e desistido antes de completar o número de sessões necessárias para completar o tratamento. A maioria dos estudos não avaliava formalmente a adesão à terapia, apenas 23,53% deles realizou monitoramento regular da aderência. Eles encontraram que a TCC ambulatorial foi efetiva na redução da gravidade depressiva em amostras completas ($d = 1,13$) e intenção

de tratamento (ITT) ($d = 1,06$). Foram encontrados tamanhos de efeito pós-tratamento de moderado a grande ($d = 0,67-0,88$) para resultados secundários. Os ganhos pós-tratamento para depressão foram mantidos aos 6 meses após a conclusão da terapia. As taxas de abandono variaram muito entre os ECR, variando de 8,05% a 32,20% e de 3,13% a 40,00% para TCC individual e de grupo, respectivamente. A taxa de abandono ponderado encontrada pela MA foi de 24,63%.

Van Ravesteyn e cols.¹⁸ em 2017 realizou uma revisão sistemática estudando mulheres grávidas com transtorno mental diagnosticado objetivando avaliar os benefícios das intervenções não-farmacológicas e farmacológicas. Foram incluídos estudos com transtorno depressivo maior (TDM), distímia e outros. Eles encontraram 29 estudos envolvendo 2779 pacientes. Os ensaios estudaram pacientes com transtornos depressivos ($k = 28$). A TCC ($g = -0,61$; IC 95%: 0,73 a -0,49, I² = 0%; $k = 7$) e a Psicoterapia Interpessoal ($g = -0,67$; IC 95%: -1,27 a - 0,07; I² = 79%; $k = 4$), apresentaram benefício robusto para gestantes com TDM. Intervenções orientadas para o corpo ($g = -0,43$; IC 95%: -0,61 a -0,25; I² = 17%; $k = 7$) e acupuntura ($g = -0,43$; IC 95%: -0,80 a -0,06; I² = 0 %; $k = 2$) apresentaram redução de sintomas depressivos. Terapia de luz brilhante ($g = -0,59$; IC 95%: -1,25 a 0,06; I² = 0%; $k = 2$) e suplementos alimentares ($g = -0,51$; IC 95%: -1,02 a 0,01; I² = 20%; $k = 3$) não apresentaram efeitos significativos no tratamento.

Objetivando avaliar eficácia da TCC para depressão na população perinatal, Sockol e cols.¹⁹ realizaram uma revisão sistemática em 2015. Foram incluídos 40 estudos sendo que desses 26 eram de tratamento da depressão perinatal e 14 estudos de prevenção da depressão pós-parto. Dos estudos de tratamento, metade exigiu um diagnóstico clínico verificado para inclusão ($n=14$, 54%) e o restante incluiu participantes com base em pontuações elevadas em medidas auto-relatadas de sintomas depressivos ($n=12$, 46%). A metade dos estudos incluídos iniciou a intervenção durante o período pós-parto ($n=20$, 50%), 16 (40%) iniciaram a intervenção durante a gravidez e quatro estudos (10%) incluíram participantes em todo o período perinatal. As intervenções incluíram a ativação comportamental ($n=2$, 5%), TCC ($n = 15$, 38%), terapia de resolução de problemas ($n=3$, 8%) e intervenções multimodais com componentes TCC ($n=20$, 50%). As intervenções adicionais mais comuns foram intervenções educacionais ($n=6$), suporte social ($n=6$), treinamento de relaxamento ($n=2$), medicação antidepressiva ($n=2$) e terapia interpessoal / psicodinâmica ($n=3$). Eles

encontraram fortes evidências de que as intervenções comportamentais cognitivas são eficazes para tratar e prevenir a depressão entre as populações perinatais. Nos estudos de tratamento e prevenção, estas intervenções resultam em diminuições significativas nos sintomas depressivos em comparação com as condições de controle, com tamanhos de efeito no intervalo pequeno a moderado. Estes tamanhos de efeito são comparáveis aos encontrados em revisões e MA anteriores de TCC para depressão na população em geral.

Em 2013, Burns e cols.²⁰ realizaram um ensaio clínico randomizado controlado com TCC para depressão pré-natal. Eles recrutaram mulheres em North Bristol, Reino Unido entre 8 a 18 semanas de gravidez através do contato de rotina com parteiras e randomizadas para receber até 12 sessões de TCC individual, além de cuidados habituais ou para continuar apenas com cuidados habituais. As mulheres eram elegíveis para a randomização se fossem selecionadas positivamente em uma tela de depressão de 3 perguntas utilizadas rotineiramente por parteiras e preenchessem critérios de CID-10 para depressão avaliados usando o cronograma de entrevista clínica - versão revisada (CIS-R). Dois terapeutas de TCC realizavam a intervenção, indo realizar as sessões no domicílio das pacientes. O seguimento foi de 15 e 33 semanas após a randomização quando as avaliações de saúde mental foram feitas utilizando medidas que incluíam o CIS-R. Das 50 mulheres avaliadas, 36 preencheram critérios de depressão CID-10 e foram randomizadas: 18 para a intervenção (TCC) e 18 para cuidados habituais. Quatro mulheres (22,2%) abandonaram a terapia (grupo intervenção) antes da conclusão. Eles relatam que terapeutas recebiam muitos cancelamentos, sendo grande parte com menos de 24 horas de antecedência. As taxas de seguimento das 15 e 33 semanas foram maiores no grupo que recebeu a intervenção (89% contra 72% às 15 semanas e 89% vs. 61% às 33 semanas após a randomização). Em 15 semanas após a randomização (o fim da gravidez), houve mais mulheres no grupo de intervenção (11/16; 68,7%) que se recuperaram (ou seja, não atendem aos critérios de CID-10 para depressão), do que aqueles que recebem apenas cuidados habituais (5/13; 38,5%).

Também em 2013, O'Mahen e cols.²¹, realizaram um ensaio clínico controlado para avaliar a TCC para depressão perinatal em gestantes com baixos rendimentos. As gestantes (n = 1421) foram selecionadas para sintomas depressivos em clínicas de obstetrícia em conjunto com visitas de assistência pré-natal. Um total de 55 mulheres

preencheram critérios diagnósticos para TDM e foram aleatoriamente designadas para o grupo Tratamento Habitual (n=25) ou mTCC (n=30). A mTCC, uma TCC modificada para o período perinatal, incluía uma sessão inicial de engajamento, divulgação, conteúdo perinatal específico e componentes interpessoais. O tratamento habitual era baseado em medidas psicopedagógicas. As medidas foram coletadas no pré-tratamento, 16 semanas após a randomização e seguimento de 3 meses. Foi utilizada a EPDS, uma escala de 10 itens, para detectar a depressão. Como resultado eles encontraram que no grupo intervenção (mTCC), 20% (n = 6/30) das mulheres não participaram da primeira sessão. Quarenta por cento (n=12/30) abandonaram antes da quarta sessão e 50% (n=15/30) antes da sétima. Apenas 24% das mulheres completaram as 12 sessões da mTCC. As razões das mulheres para a não adesão incluíram: não gostar dos questionários de sessão por sessão, queriam mais conselhos práticos do terapeuta, acharam que o terapeuta poderia "ajudar com o passado", não tinham tempo, dificuldades prioritárias sobre a família e dificuldades de assistência à infância.

Westra et cols.²², em 2016, compararam a eficácia de 15 sessões de TCC sozinha (N = 43) versus quatro sessões de EM seguidas de 11 sessões de TCC integradas com EM para tratar a resistência / ambivalência do paciente (N= 42). Os pacientes eram adultos, predominantemente do sexo feminino e caucasianos, com alta taxa de comorbidade diagnóstica. Modelos multiníveis não revelaram diferenças entre os grupos nos resultados do pré ao pós-tratamento; no entanto, ocorreram efeitos de tratamento durante o período de acompanhamento com pacientes TCC-EM demonstrando uma taxa mais acentuada de declínio de preocupação ($y = -0,13$, $p = 0,03$) e redução do estresse geral ($y = -0,12$, $p < 0,01$) do que apenas pacientes TCC. Além disso, as chances de não mais atender aos critérios diagnósticos do TAG foram 5 vezes maiores em 12 meses para os pacientes que receberam TCC-EM em comparação com TCC sozinhos. Houve também o dobro de desistências em TCC sozinho em comparação com TMI-EM (23% vs. 10%); uma diferença que se aproximou significância ($p = 0,09$).

McMurrin et cols.²³, em 2013, randomizaram pacientes em um serviço ambulatorial de Transtorno de Personalidade para receber a Entrevista Motivacional (Inventário de preocupações pessoais) mais tratamento padrão ou apenas tratamento padrão, que consistia de psicoeducação baseada na avaliação da personalidade e troca

de informações. Foram recrutados 54% dos encaminhamentos e 80% dos pacientes e terapeutas que consideraram a intervenção aceitável. As informações coletadas foram sobre a assistência ao tratamento, a clareza dos objetivos da terapia e o envolvimento no tratamento. A taxa de recrutamento foi de 29% (76 de 258). Dos 12 entrevistados no follow-up, 8 (67%) foram positivos quanto a entrevista motivacional. Entrevistas pré-intervenção foram realizadas com 61% (23 de 38) do grupo de inventário de preocupações pessoais e 74% (28 de 38) do grupo de tratamento usual. Ao longo de 12 semanas, o percentual médio de presença na sessão foi de 83,33% para o grupo Inventário de Preocupações Pessoais (N = 17) e 66,67% para o grupo de tratamento usual (N = 24). Dos 76 participantes, 63 (83%) completaram o Inventário de Recebimento de Atendimento ao Cliente no início do estudo e 34 de 59 (58%) no acompanhamento.

6. MÉTODO

6.1 Delineamento

Este estudo apresenta delineamento de ensaio clínico randomizado (ECR) advindo de estudo transversal.

6.2 Participantes

Para a etapa transversal, o processo de amostragem foi realizado a partir dos setores censitários delimitados pelo Instituto Brasileiro de Estatística no Censo Demográfico de 2010 como unidades amostrais primárias.

Primeiramente, foram listados os 488 setores censitários da zona urbana de acordo com a malha do Censo de 2010 para o sorteio de 244 setores (50% do total). Depois, cada um dos setores sorteados para entrar na amostra, recebe uma primeira visita para listagem de todos os domicílios com gestantes nos primeiros dois trimestres de gravidez. São selecionados, de forma sistemática, alguns domicílios em cada setor censitário amostrado. Todas as mulheres, nos dois primeiros trimestres de gestação, encontradas são convidadas a participar da pesquisa.

A equipe de campo foi previamente treinada para realização da coleta de dados que inclui a aplicação dos seguintes instrumentos: Questionário Geral, *Mini Internacional Neuropsychiatric Interview* (MINI), *ASSIST (Alcohol Smoking And Substance Involvement Screening Test)* e Inventário de Depressão de Beck (BDI-II). Todas as gestantes que apresentarem TDM são encaminhadas para o presente ECR.

Com base em Hans¹² que encontraram uma taxa de abandono de 24,63%, para o cálculo da amostra foi considerada a prevalência de abandono de 25%, com nível de confiança de 95% e poder estatístico de 80, resultando em 116 gestantes deprimidas.

6.2.1 Critérios de inclusão

Apresentar diagnóstico de Transtorno Depressivo Maior na entrevista MINI ou BDI igual ou acima de 20 pontos.

6.2.2 Critérios de exclusão

- Estar em tratamento psicoterapêutico ou farmacológico em outro local;

- Apresentar risco de suicídio moderado ou grave;
- Fazer uso abusivo de alguma substância psicoativa (exceto tabaco);

6.3 Procedimentos e Instrumentos

Para o diagnóstico de TDM foram utilizadas a entrevista clínica estruturada para o DSM-IV – Mini International Neuropsychiatric Interview na versão Plus (MINI Plus) e o Inventário de Depressão de Beck BDI-II. O MINI Plus é a entrevista melhor adaptada ao contexto clínico e à avaliação de pacientes mais graves, e representa uma alternativa econômica para a seleção de pacientes, segundo critérios internacionais, tanto em estudos clínicos, quanto epidemiológicos²⁴. Neste estudo, todos os módulos que exploram transtornos de eixo I do DSM-IV são utilizados para aplicação dos algoritmos de diagnóstico diferencial. O Inventário de Depressão de Beck - Segunda Edição (BDI-II) é um instrumento de auto aplicação composto por 21 itens, cujo objetivo é medir a intensidade da depressão. O questionário é desenhado para pacientes acima de 13 anos de idade e é composto de diversos itens relacionados aos sintomas depressivos como desesperança, irritabilidade e cognições como culpa ou sentimentos de estar sendo punida, assim como sintomas físicos como fadiga, perda de peso e diminuição da libido. Além disso, o ASSIST é utilizado a fim de excluir as participantes que fazem uso abusivo de substâncias psicoativas.

O Questionário Geral inclui idade, escolaridade, se residiam com companheiro, classe econômica, se estavam trabalhando fora de casa, se possuíam apoio materno, se estavam em pré-natal, se planejaram a gravidez, se o pai da criança estava apoiando, a reação do pai quando soube da gravidez, se estavam apresentando durante a gravidez: HAS, sangramento, incapacidade física para fazer exercícios.

As participantes que preenchem os critérios de elegibilidade são convidadas para tratamento em TCC e randomizadas em dois grupos: Terapia Cognitiva Comportamental (TCC) e Entrevista Motivacional (EM) + TCC. Todos os processos de randomização se dão por aleatorização simples. O pesquisador responsável pela randomização não participa do processo de avaliação, nem de intervenção psicoterapêutica. Além disso, a equipe responsável pela avaliação do pré- e pós-intervenção será cega quanto ao modelo de intervenção aplicado. Todas as gestantes ao iniciar o processo terapêutico têm seu transporte até as sessões garantido pela pesquisa

na forma de passagens de ônibus, recebem um pacote de fraldas ao final de cada sessão e uma Ultrassonografia ao final da sexta sessão.

A técnica de TCC oferecida consiste em uma versão adaptada do manual de Psicoterapia Cognitivo Comportamental (CBP) estruturado de acordo com a proposta por Aaron Beck (Beck, 1997). Este modelo propõe psicoterapia em seis sessões que abordem pensamentos distorcidos e/ou disfuncionais (que influenciam o humor e o comportamento do paciente) são comuns a todos os transtornos psicológicos. A avaliação realista e a modificação de pensar produz uma melhora no humor e comportamento, com melhoria duradoura. Acredita-se que resultam em modificação de crenças básicas disfuncionais do paciente. As participantes elegíveis recebem sessões semanais de 50 minutos de psicoterapia individual, totalizando 6 sessões. A psicoterapia é realizada no Programa de Pós-Graduação em Saúde e Comportamento da UCPel e são supervisionadas por pesquisador com formação nos modelos propostos.

As demais recebem EM+TCC. Além do protocolo de seis sessões proposto para TCC, duas sessões de entrevista motivacional (EM) são realizadas no início do processo de psicoterapia. A entrevista motivacional consiste em método diretivo centrado no cliente que visa aumentar a motivação intrínseca para mudança através da exploração e resolução de ambivalências. Cinco princípios fundamentais subjacentes estão presentes na EM. Primeiro, ela enfatiza atuais interesses e problemas do indivíduo. Em segundo lugar, ela envolve resposta seletiva ao discurso do cliente de uma forma que resolva a ambivalência e motive a pessoa a mudar. Em terceiro lugar, é um método de comunicação e não apenas um conjunto de técnicas. Quarto, ela incide sobre a motivação intrínseca para a mudança. E, por fim, dentro desta abordagem, a mudança ocorre por causa de sua relevância para os próprios valores da pessoa²⁵. As principais técnicas da EM: expressa empatia, desenvolve discrepância, evita argumentação, lida com resistência, e apoia a auto eficácia²⁶.

O estudo contou com 24 psicoterapeutas com experiência prévia em Saúde Mental que foram treinados para tais atendimentos em Terapia Cognitivo Comportamental e Entrevista Motivacional. A equipe teve treinamento com base em Manual criado para as intervenções aqui propostas com a finalidade de diminuir dúvidas e padronizar, dentro do possível, as sessões. Os terapeutas têm reuniões semanais com o coordenador geral e /com o professor responsável pela intervenção com a finalidade de acompanhamento e resolução das questões em aberto.

6.3.1 Desfecho primário

O abandono foi definido como interrupção (unilateral) do tratamento, após comparecer a primeira sessão e antes de completar o protocolo de tratamento (Hans¹²).

6.3.2 Desfecho secundário

- Ausência de companheiro(a);
- Presença de gravidez atual não planejada;
- Ausência de apoio da mãe na gravidez;
- Escolaridade inferior a 9 anos de estudo ;
- Escores de depressão avaliados pelo BDI;
- Presença de Entrevista Motivacional.

6.4 Análise de dados

As variáveis sócio-demográficas investigadas serão: idade (numérica) e escolaridade (numérica). As demais variáveis serão: presença de companheiro (dicotômica), gravidez atual planejada (dicotômica), presença de apoio da mãe na gravidez (dicotômica), protocolo da terapia cognitivo comportamental com EM (dicotômica).

Após a codificação dos instrumentos será realizada dupla entrada dos dados no programa EpiData para testes de inconsistências na digitação. Para análise dos dados serão utilizados os programas SPSS 21.0 e STATA 13, com os testes estatísticos apropriados para cada objetivo do estudo. Para a comparação de variáveis contínuas com distribuição normal entre pacientes que concluíram e abandonaram o tratamento, será utilizado o teste-t de Student. Variáveis categóricas serão comparadas entre pacientes que concluíram e abandonaram a terapia pelo teste de χ^2 .

6.5 Aspectos éticos

Neste projeto de pesquisa foram respeitados todos os princípios éticos estabelecidos pelo Conselho Nacional de Saúde na Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012. O projeto foi submetido à avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Católica de Pelotas, tendo sido aprovado sob número 1.729.653. Os

participantes receberam informações sobre os objetivos da pesquisa e assinaram um termo de “Consentimento livre e esclarecido”. Foi assegurado o direito à confidencialidade dos dados e o cuidado na utilização das informações nos trabalhos escritos, de modo que os participantes não possam ser identificados.

6.5.1 Riscos

Os riscos em participar da pesquisa estão relacionados: a piora sintomática (inerente às intervenções terapêuticas)

6.5.2 Benefícios

As participantes receberam o benefício direto da oferta de tratamento para seu quadro depressivo, além do fornecimento de pacotes de fraldas e de um ultrassom.

6.6 Cronograma

2016	2017												2018								
Atividades	J	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	J	F	M	A	M	J	J	A	S
Revisão de Literatura					X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X			
Preparação de Questionários e instrumentos	X																				
Elaboração do Projeto					X	X	X	X	X												
Qualificação do Projeto										X											
Coleta e processamento de dados	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X						
Análise dos dados															X	X	X	X			
Redação do Artigo																				X	
Defesa																					X

6.7 Orçamento

	Valor total
Bateção para a Identificação dos Participantes	
Treinamento da equipe	5.000
Coleta de dados	84.000
Seleção da Intervenção Psicológica	
Encaminhamento de mães com depressão para o ensaio clínico com TCC e com EM. Incluídos aqui os gastos com o transporte das gestantes ao local da terapia, com as fraldas fornecidas ao final das sessões e com as ultrassonografias.	10.000
	100.000

7. REFERÊNCIAS

- 1) O'Hara MW. Postpartum depression: what we know. *J Clin Psychol* 2009; 65:1258-1269.
- 2) Pereira PK, Lovisi GM. Prevalence of gestacional depression and associated factors. *Rev Psiq Clín.* 2008;35(4):144-53.
- 3) Grace, S. L., Evindar, A. & Stewart, D. E. The effect of postpartum depression on child cognitive development and behavior: a review and critical analysis of the literature. *Archives of Women's Mental Health.* 2003, 6, 263–274.
- 4) Moehler E, Brunner R, Wiebel A, Reck C, Resch F. Maternal depressive symptoms in the postnatal period are associated with long-term impairment of mother-child bonding. *Arch Womens Ment Health* 2006; 9:273-8.
- 5) Brennan PA, Pargas R, Walker EF, Green P, Newport DJ, Stowe Z. Maternal depression and infant cortisol: influences of timing, comorbidity and treatment. *J Child Psychol Psychiatry* 2008; 49: 1099-1107.
- 6) Hobel CJ, Goldstein A, Barrett ES. Psychosocial stress and pregnancy outcome. *Clin Obstet Gynecol.* 2008; 51:333-48.
- 7) Kingston D, Tough S, Whitfield H. Prenatal and postpartum maternal psychological distress and infant development: a systematic review. *Child Psychiatry Hum Dev.* 2012; 43: 683-714.
- 8) Martini J, Knappe S, Beesdo-Baum K, Lieb R, Wittchen HU. Anxiety disorders before birth and self-perceived distress during pregnancy: associations with maternamaternal depression and obstetric, neonatal and early childhood outcomes. *Early Hum Dev.* 2010; 5:305-10.
- 9) Motta MG, Lucion AB, Manfro GG. Effects of maternal depression on the neurobiological and psychological development of children. *Rev Psiquiatr Rio Gd Sul.* 2005;27(2):165-76.
- 10) Vigueira AC, Cohen LS, Baldessarini RJ, Nonacs R. Managing bipolar disorder during pregnancy weighing the risks and benefits. *Can J Psychiatry.* 2002; 47(5); 426-36.
- 11) Use of psychoactive medication during pregnancy and possible effects on the fetus and newborn. Committee on Drugs. American Academy of Pediatrics. *Pediatrics* 2000, 105(4 Pt1) 880-7.
- 12) Hans E, Hiller W. Effectiveness of and Dropout From Outpatient Cognitive Behavioral Therapy for Adult Unipolar Depression: A Meta-Analysis of Nonrandomized Effectiveness Studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology.* 2013, Vol. 81, No. 1, 75–88.

- 13) Teri L, Lewinsohn PM: Individual and group treatment of unipolar depression: comparison of treatment outcome and identification of predictors of successful treatment outcome. *Behav Ther* 1986, 17: 215-228.
- 14) Schindler A, Hiller W, Witthoft M: What predicts outcome, response, and drop-out in CBT of depressive Adults? A naturalistic Study. *Behav Cogn Psychother* 2013, 41: 365-370.
- 15) Cohen LS, Rosenbaum JF, Psychotropic drug use during pregnancy: weighing the risks. *J Clin Psychiatry* 1998; 59: 18-28.
- 16) Okumura Y Ichikura K. Efficacy and acceptability of group cognitive behavioral therapy for depression: a systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord.* 2014 Aug;164:155-64.
- 17) Fernandez E, Salem D, Swift JK, Ramtahal N. Meta-Analysis of Dropout From Cognitive Behavioral Therapy: Magnitude, Timing, and Moderators. *Journal of Consulting and Clinical Psychology.* 2015, Vol. 83, No. 6, 1108–1122.
- 18) van Ravesteyn LM, Lambregtse- van den Berg MP, HoogendijkWJG, KampermanAM. Interventions to treat mental disorders during pregnancy: A systematic review and multiple treatment meta-analysis. 2017 *PLoS ONE* 12(3): e0173397.
- 19) Sockol LE. A systematic review of the efficacy of cognitive behavioral therapy for treating and preventing perinatal depression. 2015, *Journal of Affective Disorders* 177 7–218
- 20) Burns A, O'Mahen H, Baxter H, Bennert C, Wiles N, Ramchandani P, Turner K, Sharpie D, Thorn J, Noble S, Evans J. A pilot randomised controlled trial of cognitive behavioural therapy for antenatal depression. 2013 *BMC Psychiatry* 1471 -244X
- 21) O'Mahen H, Himle JA, Fedock G, Henshaw E, Flynn H. A pilot randomised controlled trial of cognitive behavioural therapy for perinatal depression adapted for women with low incomes. 2013 *Depression And Anxiety* 30:679–687
- 22) Westra H, Antony M, Constantino M. Integrating Motivational Interviewing With Cognitive-Behavioral Therapy for Severe Generalized Anxiety Disorder: An Allegiance-Controlled Randomized Clinical Trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2016, Vol. 84, No. 9, 768-782.
- 23) McMurran M, Cox M, Whitham D, Hedges L. The addition of a goal-based motivational interview to treatment as usual to enhance engagement and reduce dropouts in a personality disorder treatment service: results of a feasibility study for a randomized controlled trial. *Trials* 2013, <http://www.trialsjournal.com/content/14/1/50>
- 24) Amorim P. Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI): validation of a short structured diagnostic psychiatric interview. *Rev. Bras.Psiquiatr.* vol22 n3. 2000
- 25) Miller, W. R. and Rollnick, S. *Motivational interviewing: Preparing people to change addictive behavior.* New York: Guilford Press, 1991

26) Miller, W. R. and Rollnick, S. *Motivational Interviewing: Preparing People for Change*, 2nd edn. Guilford Press, New York 2002.

ARTIGO

Título: Abandono Psicoterapêutico em Gestantes Deprimidas: Entrevista motivacional faz diferença?

Autores: Ramaile Tomé Santana; Luciano Dias de Mattos Souza;

Revista de escolha para submissão: JAMA

Abstract

Introduction: This study aims to evaluate risk factors related to the treatment abandonment of pregnant women with Major Depressive Disorder (MDD) and the impact of associating the Motivational Interview (MI) with the Cognitive Behavioral Therapy (CBT), in comparison with the isolated CBT in abandonment.

Method: Randomized clinical trial coming from a cross-sectional population-base study. The sampling process was made by drawing lots from censitary sectors. Each drawn sector received a visit for listing all pregnant women in the first two trimestres of pregnancy, whom were invited to participate in the research. For diagnosis of MDD, the Mini International Neuropsychiatric Interview was utilized in the Plus version, as well as the Beck Depression Inventory.

Results: The study has found prevalence of abandonment up to the sixth of 42.9%. The intensity of initial depressive symptoms has shown statistical difference ($p = 0.023$) between the pregnant women who abandoned the treatment and the ones that didn't. The pregnant women with the most severe symptoms have abandoned 97% less than the ones with minimal intensity ($p = 0.031$). It became evident a higher tendency to abandon in the CBT mode than in the MI + CBT ($p = 0,080$).

Conclusion: Despite the efforts to lower the abandonment rate, it had a very high prevalence, showcasing the the importance of studies to evaluate the motivation of pregnant women with MDD in the treatment process.

Keywords: Depression; Pregnancy; Cognitive Therapy; Motivational Interviewing.

Introdução

Durante a gestação, as mulheres apresentam uma vulnerabilidade aumentada aos transtornos do humor¹. A prevalência de depressão gestacional encontrada em países de baixa renda é de aproximadamente 20%, já nos países desenvolvidos a prevalência é estimada entre 10% e 15%².

Esta condição pode afetar negativamente o estabelecimento do vínculo e as primeiras interações com o bebê^{3;4}. A gravidade e cronicidade da depressão materna podem levar a alterações no desenvolvimento social, motor, cognitivo, e até mesmo na saúde geral dos bebês⁵. Evidências mostram que o estado emocional da mãe, associados aos fatores ambientais ocorridos durante o período pré-natal, podem causar ainda risco de parto pré-maturo e baixo peso ao nascer⁶, atraso no desenvolvimento infantil⁷ e maior susceptibilidade a transtornos mentais na criança⁸. Estudos realizados em países desenvolvidos fornecem evidências de que a depressão materna esteja associada a problemas emocionais, cognitivos e comportamentais de longa duração em crianças⁹.

Em função das particularidades do período gestacional, estudos randomizados controlados com placebo para avaliação da segurança dos psicofármacos na gestação são de difícil realização por razões éticas¹⁰. Portanto, as pesquisas com medicação para essa população nos mostram apenas estimativas de risco materno-fetal na gestação, pois esses estudos são, na maioria, naturalísticos do tipo relatos de caso, caso-controle ou estudos epidemiológicos de coorte retrospectivos, cada um com suas limitações metodológicas inerentes^{11,12}. Visto isso, se torna muito importante estudar tratamentos não-farmacológicos passíveis de avaliação randomizada controlada.

Dentre as possibilidades não-farmacológicas, a Terapia Cognitivo Comportamental (TCC) é uma das formas de tratamento que tem sido apontada como significativamente eficaz para pacientes deprimidos¹³. Contudo, a baixa adesão aos tratamentos psicossociais tem sido um grave problema enfrentado nos estudos clínicos sobre eficácia e efetividade, especialmente na TCC¹⁴. Uma metanálise que avaliou a eficácia geral e o abandono da TCC individual e grupal para adultos com diagnóstico de transtorno depressivo unipolar encontrou uma taxa de abandono de 24,63%¹⁵. Variáveis como nível inicial de depressão, número de eventos estressantes da vida¹⁶, falha em melhorar no início da terapia¹⁷ são preditores de abandono no tratamento para depressão para adultos. Porém, pouco se sabe sobre os fatores de risco vinculados a realidade das gestantes que levam aquelas que estão deprimidas a abandonar o tratamento.

Nesse contexto, além das características da gestante, o tipo de intervenção psicoterapêutica pode contribuir para o desfecho do abandono. Práticas clínicas como a entrevista motivacional têm sido incluídas aos protocolos de TCC visando atenuar este problema. A entrevista motivacional é definida como um método diretivo centrada no paciente, que visa aumentar a motivação intrínseca para mudança através da exploração e resolução de ambivalências¹⁸. Essa técnica motivacional apresenta resultados excelentes no tratamento de depressão e quadros depressivos subsindrômicos¹⁹.

Assim, o presente estudo visa identificar os fatores de risco relacionados ao abandono ao tratamento de gestantes diagnosticadas com TDM, e avaliar o impacto da associação da entrevista motivacional à TCC, em comparação com essa modalidade de terapia isolada na proporção de abandono ao tratamento nessa população.

Método

Este estudo apresenta delineamento de ensaio clínico randomizado advindo de estudo transversal de base populacional. Para a etapa transversal, o processo de amostragem foi realizado a partir dos setores censitários delimitados pelo Instituto Brasileiro de Estatística no Censo Demográfico de 2010 como unidades amostrais primárias.

Primeiramente, foram listados os 488 setores censitários da zona urbana de acordo com a malha do Censo de 2010 para o sorteio de 244 setores (50% do total). Depois, cada um dos setores sorteados para entrar na amostra, recebe uma primeira visita para listagem de todos os domicílios com gestantes nos primeiros dois trimestres de gravidez. São selecionados, de forma sistemática, alguns domicílios em cada setor censitário amostrado. Todas as mulheres, nos dois primeiros trimestres de gestação, encontradas são convidadas a participar da pesquisa.

A equipe de campo foi previamente treinada para realização da coleta de dados que inclui a aplicação dos seguintes instrumentos: Questionário Geral, *Mini International Neuropsychiatric Interview* (MINI), *Alcohol Smoking And Substance Involvement Screening Test* (ASSIST) e Inventário de Depressão de Beck (BDI-II). Todas as gestantes que apresentarem Transtorno Depressivo Maior (TDM) foram encaminhadas para o presente ensaio clínico

Com base no artigo de Hans¹⁵ onde encontraram uma taxa de abandono de 24,63%, para o cálculo da amostra foi considerada a prevalência de abandono de 25%,

com nível de confiança de 95% e poder estatístico de 80%, resultando em 116 gestantes deprimidas.

Para o diagnóstico de TDM foram utilizadas a entrevista clínica estruturada para o DSM-IV – Mini International Neuropsychiatric Interview na versão Plus (MINI Plus) e o Inventário de Depressão de Beck BDI-II. O MINI Plus é a entrevista melhor adaptada ao contexto clínico e à avaliação de pacientes mais graves, e representa uma alternativa econômica para a seleção de pacientes, segundo critérios internacionais, tanto em estudos clínicos, quanto epidemiológicos²⁰. Neste estudo, todos os módulos que exploram transtornos de eixo I do DSM-IV são utilizados para aplicação dos algoritmos de diagnóstico diferencial.

O Inventário de Depressão de Beck - Segunda Edição (BDI-II) é um instrumento de auto aplicação composto por 21 itens, cujo objetivo é medir a intensidade da depressão²¹. O questionário é desenhado para pacientes acima de 13 anos de idade e é composto de diversos itens relacionados aos sintomas depressivos como desesperança, irritabilidade e cognições como culpa ou sentimentos de estar sendo punida, assim como sintomas físicos como fadiga, perda de peso e diminuição da libido. O Inventário de Ansiedade de Beck (BAI) é um inventário de auto relato com 21 itens que mede a gravidade da ansiedade com intervalo de pontuações de 0 a 63. Não é uma ferramenta de diagnóstico, mas sua brevidade e simplicidade o tornam um instrumento ideal para uso como um pré-teste para a presença de transtorno de ansiedade²².

Além disso, o *Alcohol Smoking And Substance Involvement Screening Test* (ASSIST) é utilizado a fim de excluir as participantes que fazem uso abusivo de substâncias psicoativas²³. O *Childhood Trauma Questionnaire* (CTQ) é um instrumento para adolescentes (a partir de 12 anos) e adultos onde o respondedor gradua a frequência de 28 assertivas relacionadas com situações ocorridas na infância em uma escala Likert de cinco pontos. Esse instrumento investiga cinco componentes traumáticos: abuso físico, abuso emocional, abuso sexual, negligência física e negligência emocional²⁴.

O questionário geral da presente investigação ainda incluiu idade, escolaridade, se residiam com companheiro, classe econômica, se estavam trabalhando fora de casa, se possuíam apoio materno, se estavam em pré-natal, se planejaram a gravidez, se o pai da criança estava apoiando, a reação do pai quando soube da gravidez, se estavam apresentando durante a gravidez: Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), sangramento, incapacidade física para fazer exercícios.

Foram incluídas gestantes que apresentavam Transtorno Depressivo Maior diagnosticados pela MINI ou BDI igual ou acima de 20 pontos. Gestantes que estavam em tratamento psicoterapêutico ou farmacológico em outro local, apresentaram risco de suicídio moderado ou grave, ou faziam uso abusivo de alguma substância psicoativa (exceto tabaco) foram excluídas do estudo.

As participantes que preenchem os critérios de elegibilidade são convidadas para tratamento em TCC e randomizadas em dois grupos: Terapia Cognitiva Comportamental (TCC) ou Entrevista Motivacional (EM + TCC). Todos os processos de randomização ocorreram por aleatorização simples. O pesquisador responsável pela randomização não participou do processo de avaliação, nem de intervenção psicoterapêutica. Além disso, a equipe responsável pela avaliação do pré- e pós-intervenção foi cega quanto ao modelo de intervenção aplicado. Todas as gestantes ao iniciar o processo terapêutico receberam transporte até as sessões garantido pela pesquisa na forma de passagens de ônibus, recebem um pacote de fraldas ao final de cada sessão e uma Ultrassonografia ao final da sexta sessão.

A técnica de TCC oferecida consiste em uma versão adaptada do manual de Psicoterapia Cognitivo Comportamental estruturado de acordo com a proposta por Aaron Beck. Este modelo propõe a abordagem de pensamentos distorcidos e/ou disfuncionais que influenciam o humor e o comportamento da paciente. A avaliação realista e a modificação de pensar produz uma melhora duradoura no humor e comportamento. As participantes elegíveis sorteadas para TCC receberam 6 sessões semanais de 50 minutos de psicoterapia individual. A psicoterapia é realizada na Clínica Psicológica da UCPel e são supervisionadas por pesquisador com formação nos modelos propostos.

As demais participantes receberam EM+TCC. Duas sessões de entrevista motivacional (EM) foram realizadas no início do processo de psicoterapia. Posteriormente as duas sessões iniciais, mais seis sessões do modelo de TCC foram realizadas. A entrevista motivacional consiste em método diretivo centrado no cliente que visa aumentar a motivação intrínseca para mudança, através da exploração e resolução de ambivalências. Cinco princípios fundamentais subjacentes estão presentes na EM. Primeiro, ela enfatiza atuais interesses e problemas do indivíduo. Em segundo lugar, ela envolve resposta seletiva ao discurso do cliente, de uma forma que resolva a ambivalência e motive a pessoa a mudar. Em terceiro lugar, é um método de comunicação e não apenas um conjunto de técnicas. Quarto, ela incide sobre a

motivação intrínseca para a mudança. E, por fim, dentro desta abordagem, a mudança ocorre por causa de sua relevância para os próprios valores da pessoa²⁵. As principais técnicas da EM: expressa empatia, desenvolve discrepância, evita argumentação, lida com resistência, e apoia à auto eficácia¹⁸.

O estudo contou com 24 psicoterapeutas com experiência prévia em Saúde Mental que foram treinados para tais atendimentos em Terapia Cognitivo Comportamental e Entrevista Motivacional. A equipe teve treinamento com base em Manual criado para as intervenções aqui propostas com a finalidade de diminuir dúvidas e padronizar, dentro do possível, as sessões. Os terapeutas tiveram reuniões semanais com o professor responsável pela intervenção com a finalidade de acompanhamento e resolução das questões em aberto.

Como o protocolo da TCC consistia de 6 sessões e o da EM+ TCC de 8 sessões, padronizamos a variável abandono como sendo até a sexta sessão a diferença entre elas não ser um fator de confusão. Foi considerado como abandono psicoterapêutico aqueles casos nos quais a gestante não mais compareceu às sessões de psicoterapia²⁶.

Após a codificação dos instrumentos foi realizada dupla entrada dos dados no programa EpiData para testes de inconsistências na digitação. Para análise dos dados foram utilizados os programas SPSS 21.0 e STATA 13, com os testes estatísticos apropriados para cada objetivo do estudo. Para a comparação de variáveis contínuas com distribuição normal entre pacientes que concluíram e abandonaram o tratamento, foi utilizado o teste-t de Student. Variáveis categóricas foram comparadas entre pacientes que concluíram e abandonaram a terapia pelo teste de χ^2 . Foi utilizada a regressão logística para análise do abandono terapêutico em relação as variáveis: modelo de terapia, intensidade de BDI e apoio da mãe.

O projeto foi submetido à avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Católica de Pelotas, tendo sido aprovado sob número 1.729.653. Os participantes receberam informações sobre os objetivos da pesquisa e assinaram um termo de “Consentimento livre e esclarecido”. Foi assegurado o direito à confidencialidade dos dados e o cuidado na utilização das informações nos trabalhos escritos, de modo que os participantes não possam ser identificados. Para as gestantes deprimidas que possuíam critérios de exclusão para o estudo foi fornecido encaminhamento para serviço apropriado.

Resultados

A Tabela 1 mostra o abandono na sexta sessão para cada variável da amostra. A intensidade de sintomas depressivos inicial mostrou diferença estatisticamente significativa ($p = 0,023$) entre os grupos de gestantes que abandonaram e que não abandonaram o processo terapêutico. As demais variáveis não evidenciaram diferença estatística em relação a idade ($p = 0,373$); escolaridade ($p = 1,000$), viver com companheiro ($p = 0,598$), classe socioeconômica ($p = 0,722$), trabalhar fora de casa ($p = 0,955$), fazer pré-natal ($p = 0,627$), ter planejado a gravidez ($p = 0,737$), apoio do pai da criança na gestação ($p = 0,562$), reação do pai quando soube da gravidez ($p = 0,221$), HAS durante a gravidez ($p = 0,491$), sangramentos durante a gravidez ($p = 0,246$), incapacidade física que impeça exercícios ($p = 0,893$), intensidade de sintomas ansiosos inicial ($p = 0,300$).

Não ter apoio da mãe na gravidez ($p = 0,151$) e ter sido alocada no modelo de psicoterapia EM+TCC ($p = 0,143$) apresentaram tendência para menor proporção de abandono.

Não ocorreram diferenças estatisticamente significativas para abandono até a sexta sessão entre os escores dos domínios de trauma precoce. O escore total do CTQ daquelas que abandonaram o processo psicoterapêutico até a 6ª sessão foi menor do que das participantes que não abandonaram, contudo tal diferença não foi estatisticamente significativa ($0,146$).

Na Tabela 3 encontram-se expostas as características da amostra em relação à TCC e TCC+EM. Não ocorreram diferenças significativas entre os modelos de psicoterapia estudados em relação às variáveis: idade ($p = 0,424$); vive com companheiro ($p = 0,196$); classe econômica ($p = 1,00$); trabalha fora de casa ($p = 0,496$); apoio da mãe na gravidez ($p = 0,158$); fez pré-natal ($p = 0,387$); planejou a gravidez ($p = 0,326$); apoio do pai da criança na gestação ($0,540$); reação do pai quando soube da gravidez ($p = 0,452$); sangramento durante a gravidez ($p = 0,078$); incapacidade física que impeça exercícios ($0,326$); BDI ($p = 0,756$); BAI ($p = 0,646$). As variáveis escolaridade ($p = 0,053$) e HAS durante a gravidez ($p = 0,019$) apresentaram diferença significativa ou tendência para tal.

Entre os modelos de psicoterapia TCC ou TCC + EM (tabela 4) a diferença dos escores de trauma precoce não evidenciou diferenças estatisticamente significativas: negligência física ($p = 0,874$); negligência emocional ($p = 0,409$); abuso emocional ($0,819$); abuso físico ($0,089$); abuso sexual ($0,771$), CTQ total ($0,490$).

Na Tabela 5 apresentamos os fatores associados ao abandono psicoterapêutico. Apoio da mãe não apresentou diferença estatisticamente significativa ($p = 0,117$). Uma tendência a abandonar mais na modalidade TCC do que no grupo que realizou EM+TCC ($p = 0,080$). As gestantes com quadro mais grave abandonaram 97% menos que aquelas com intensidade mínima ($p = 0,031$).

Discussão

Identificamos elevada proporção de abandono em psicoterapia para gestantes com TDM. O abandono esteve relacionado a menor severidade de sintomas depressivos da gestante e, potencialmente, com a ausência de técnicas motivacionais específicas no início do processo terapêutico.

O presente estudo encontrou prevalência de abandono até a sexta sessão de 42,9%, muito superior à encontrada por Hans¹⁵ (24,63%). Este achado de prevalência vai ao encontro com o ensaio clínico de O'Mahen²⁷, também com gestantes deprimidas, onde 50% abandonaram antes da sétima sessão e apenas 24% completaram as 12 sessões propostas. A insatisfação com o preenchimento de instrumentos sessão a sessão; não ter tempo necessitando, por exemplo, de trabalhar fora; priorizar a família, como ter que cuidar dos outros filhos, foram justificativas apresentadas pelas mulheres para a não adesão nesse estudo, que provavelmente também contribuíram para nossa alta taxa de abandono.

O estudo evidenciou que quadros mais graves de TDM abandonaram menos o processo psicoterapêutico. Traçando um paralelo com o estudo de Teri¹⁶ que investigaram variáveis que poderiam prever eficácia no tratamento e encontraram que o nível inicial de depressão foi um fator preditivo de sucesso. Acreditamos que apresentando mais sintomas depressivos elas percebiam mais a necessidade do tratamento e, portanto, tenham mais motivação para concluí-lo.

Os achados do presente estudo sugerem que a inclusão protocolar da EM no início do processo psicoterapêutico oferece potencial efeito protetor ao abandono terapêutico. Assim como o resultado encontrado por Westra²⁸ que também compararam TCC com EM+TCC em uma amostra de 42 pacientes e encontraram o dobro de desistências em TCC sozinho em comparação com TCC-EM (23% vs. 10%); uma diferença que se aproximou da significância. A amostra pequena é um limitador aos resultados tanto no estudo de Westra quanto nesta investigação.

Algumas das limitações do estudo estão relacionadas às características do ensaio clínico como a busca pelo tratamento não ter partido das gestantes, mas sim, ofertado a elas sem um interesse prévio. Formas de diminuir o abandono foram usadas integralmente no estudo como a entrega de pacotes de fraldas ao final de cada sessão e uma Ultrassonografia ao final da sexta sessão. Esta característica pode ter contribuído para que o abandono psicoterapêutico registrado tenha sido ainda subestimado.

Apesar de todos os esforços para diminuir o abandono, sua prevalência foi muito alta, mostrando a importância de estudos com essa população para avaliar e instigar a motivação das gestantes com TDM no processo de tratamento.

TABELAS

Tabela 1 - Características de gestantes com transtorno depressivo maior associadas ao abandono terapêutico

Variáveis	n (%)	Abandono até 6 ^a sessão n (%)	p valor
Idade			0,373
Até 24	32 (30,5)	15 (46,9)	
25 a 34	60 (57,1)	26 (43,3)	
35 ou mais	13 (12,4)	4 (30,8)	
Escolaridade			1,000
Até 8	35 (33,3)	15 (42,9)	
9 ou mais	70 (66,7)	30 (42,9)	
Vive com companheiro			0,598
Não	38 (36,2)	15 (39,5)	
Sim	67 (63,8)	30 (44,8)	
Classe socioeconômica			0,722
A/B	16 (15,2)	7 (43,8)	
C	73 (69,5)	30 (41,1)	
D/E	16 (15,2)	8 (50,0)	
Trabalha fora de casa			0,955
Não	51 (48,6)	22 (43,1)	
Sim	54 (51,4)	23 (42,6)	
Apoio da mãe na gravidez			0,151
Não	26 (24,8)	8 (30,8)	
Sim	79 (75,2)	37 (46,8)	
Fez pré-natal			0,627
Não	6 (5,7)	2 (33,3)	
Sim	99 (94,3)	43 (43,4)	
Planejou gravidez			0,737
Não	81 (77,1)	34 (42,0)	
Sim	24 (22,9)	11 (45,8)	
Apoio do pai da criança na gestação			0,562
Não	14 (13,3)	5 (4,8)	
Sim	91 (86,7)	40 (38,1)	
Reação do pai quando soube da gravidez			0,221
Ficou contente	88 (83,8)	40 (45,5)	
Ficou indiferente ou não gostou	17 (16,2)	5 (29,4)	
HAS durante gravidez			0,491
Não	88 (83,8)	39 (44,3)	
Sim	17 (16,2)	6 (35,3)	
Sangramentos durante a gravidez			0,246
Não	91 (86,7)	41 (45,1)	

Sim	14 (13,3)	4 (28,6)	0,893
Incapacidade física que impeça exercícios			
Não	81 (77,1)	35 (43,2)	0,023
Sim	24 (22,9)	10 (41,7)	
BDI			0,300
Mínimo	4 (3,8)	3 (75,0)	
Leve	13 (12,4)	7 (53,8)	
Moderado	79 (75,2)	34 (32,4)	
Grave	9 (8,6)	1 (11,1)	
BAI			0,143
Mínimo	37 (35,2)	17 (45,9)	
Leve	28 (26,7)	14 (50,0)	
Moderado	28 (26,7)	10 (35,7)	
Grave	12 (11,4)	4 (33,3)	
Modelo de psicoterapia			0,143
TCC	52 (49,5)	26 (50,0)	
EM+TCC	53 (50,5)	19 (35,8)	
Total	105 (100%)	45 (42,9)	

Tabela 2 - Diferenças dos escores de trauma precoce de acordo com o abandono terapêutico

Variáveis	Abandono até 6ª sessão		p valor
	Não	Sim	
Negligência Física	7,5 (3,3)	7,1 (2,1)	0,533
Negligência Emocional	11,6 (5,7)	10,3 (5,0)	0,225
Abuso Emocional	11,3 (5,7)	10,1 (4,4)	0,213
Abuso Físico	8,8 (4,8)	7,7 (3,8)	0,202
Abuso sexual	6,7 (3,8)	6,2 (3,0)	0,451
CTQ total	45,9 (17,8)	41,4 (13,8)	0,146

Tabela 3 - Comparação das características de gestantes com transtorno depressivo maior entre os modelos de psicoterapia

Variáveis	Modelo de psicoterapia		p valor
	TCC n (%)	EM+TCC n (%)	
Idade			0,424
Até 24	19 (59,4)	13 (40,6)	
25 a 34	26 (43,3)	34 (56,7)	
35 ou mais	7 (53,8)	6 (46,2)	
Escolaridade			0,053
Até 8	22 (62,9)	13 (37,1)	
9 ou mais	30 (42,9)	40 (57,1)	
Vive com companheiro			0,196
Não	22 (57,9)	16 (42,1)	
Sim	30 (44,8)	37 (55,2)	
Classe socioeconômica			1,000
A/B	9 (56,3)	7 (43,8)	
C	34 (46,6)	39 (53,4)	
D/E	9 (56,3)	7 (43,8)	
Trabalha fora de casa			0,496
Não	27 (52,9)	24 (47,1)	
Sim	25 (46,3)	29 (53,7)	
Apoio da mãe na gravidez			0,158
Não	16 (61,5)	10 (38,5)	
Sim	36 (45,6)	43 (54,4)	
Fez pré-natal			0,387
Não	4 (66,7)	2 (33,3)	
Sim	48 (48,5)	51 (51,5)	
Planejou gravidez			0,326
Não	14 (58,3)	10 (41,7)	
Sim	38 (46,9)	43 (53,1)	
Apoio do pai da criança na gestação			0,540
Não	8 (57,1)	6 (42,9)	
Sim	44 (48,4)	47 (51,6)	
Reação do pai quando soube da gravidez			0,452
Ficou contente	45 (51,1)	43 (48,9)	

Ficou indiferente ou não gostou HAS durante gravidez	7 (41,2)	10 (58,8)	0,019
Não	48 (54,5)	40 (45,5)	
Sim	4 (23,5)	13 (76,5)	
Sangramentos durante a gravidez			0,078
Não	42 (46,2)	49 (53,8)	
Sim	10 (71,4)	4 (28,6)	
Incapacidade física que impeça exercícios			0,326
Não	38 (46,9)	43 (53,1)	
Sim	14 (58,3)	10 (41,7)	
BDI			0,756
Mínimo	1 (25,0)	3 (75,0)	
Leve	6 (46,2)	7 (53,8)	
Moderado	42 (53,2)	37 (46,8)	
Grave	3 (33,3)	6 (66,7)	
BAI			0,646
Mínimo	19 (51,4)	18 (48,6)	
Leve	15 (53,6)	13 (46,4)	
Moderado	12 (42,9)	16 (57,1)	
Grave	6 (50,0)	6 (50,0)	
Total	52 (49,5)	53 (50,5)	

Tabela 4 - Diferença dos escores de trauma precoce entre os modelos de psicoterapia para TDM na gestação

Variáveis	Modelo de psicoterapia		p valor
	TCC x(±)	EM+TCC x(±)	
Negligência Física	7,3 (2,6)	7,4 (3,2)	0,874
Negligência Emocional	11,5 (6,1)	10,6 (4,7)	0,409
Abuso Emocional	10,7 (5,2)	10,9 (5,2)	0,819
Abuso Físico	9,1 (4,6)	7,6 (4,1)	0,089
Abuso sexual	6,6 (3,8)	6,4 (3,2)	0,771
CTQ total	45,1 (18,2)	42,9 (14,3)	0,490

Tabela 5 - Regressão logística para o abandono terapêutico do tratamento de TDM na gestação

Variáveis	B	IC95%	p valor
Apoio da mãe			0,117
Não		Referência	
Sim	0,43	0,15 a 1,24	
Intensidade do BDI			
Mínimo		Referência	
Leve	0,20	0,01 a 2,93	0,237
Moderado	0,15	0,01 a 1,71	0,125
Grave	0,03	0,01 a 0,72	0,031
Modelo de psicoterapia			
TCC	2,13	0,91 a 4,98	0,080
EM+TCC		Referência	

Referências

- 1) O'Hara MW. Postpartum depression: what we know. *J Clin Psychol* 2009; 65:1258-1269.
- 2) Pereira PK, Lovisi GM. Prevalence of gestacional depression and associated factors. *Rev Psiq Clín.* 2008;35(4):144-53.
- 3) Grace, S. L., Evindar, A. & Stewart, D. E. The effect of postpartum depression on child cognitive development and behavior: a review and critical analysis of the literature. *Archives of Women's Mental Health.* 2003, 6, 263–274.
- 4) Moehler E, Brunner R, Wiebel A, Reck C, Resch F. Maternal depressive symptoms in the postnatal period are associated with long-term impairment of mother-child bonding. *Arch Womens Ment Health* 2006; 9:273-8.
- 5) Brennan PA, Pargas R, Walker EF, Green P, Newport DJ, Stowe Z. Maternal depression and infant cortisol: influences of timing, comorbidity and treatment. *J Child Psychol Psychiatry* 2008; 49: 1099-1107.
- 6) Hobel CJ, Goldstein A, Barrett ES. Psychosocial stress and pregnancy outcome. *Clin Obstet Gynecol.* 2008; 51:333-48.
- 7) Kingston D, Tough S, Whitfield H. Prenatal and postpartum maternal psychological distress and infant development: a systematic review. *Child Psychiatry Hum Dev.* 2012; 43: 683-714.
- 8) Martini J, Knappe S, Beesdo-Baum K, Lieb R, Wittchen HU. Anxiety disorders before birth and self-perceived distress during pregnancy: associations with maternamaternal depression and obstetric, neonatal and early childhood outcomes. *Early Hum Dev.* 2010; 5:305-10.
- 9) Motta MG, Lucion AB, Manfro GG. Effects of maternal depression on the neurobiological and psychological development of children. *Rev Psiquiatr Rio Gd Sul.* 2005;27(2):165-76.
- 10) Vigueira AC, Cohen LS, Baldessarini RJ, Nonacs R. Managing bipolar disorder during pregnancy weighing the risks and benefits. *Can J Psychiatry.* 2002; 47(5); 426-36.
- 11) Use of psychoactive medication during pregnancy and possible effects on the fetus and newborn. Committee on Drugs. American Academy of Pediatrics. *Pediatrics* 2000, 105(4 Pt1) 880-7.

- 12) Cohen LS, Rosenbaum JF, Psychotropic drug use during pregnancy: weighing the risks. *J Clin Psychiatry* 1998; 59: 18-28.
- 13) Okumura Y Ichikura K. Efficacy and acceptability of group cognitive behavioral therapy for depression: a systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord.* 2014 Aug;164:155-64.
- 14) Cuijpers P, van Straten A, Andersson G, van Oppen P. Psychotherapy for depression in adults: a meta-analysis of comparative outcome studies. *J Consult Clin Psychol.* 2008 Dec;76(6):909-22.
- 15) Hans E, Hiller W. Effectiveness of and Dropout From Outpatient Cognitive Behavioral Therapy for Adult Unipolar Depression: A Meta-Analysis of Nonrandomized Effectiveness Studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology.* 2013, Vol. 81, No. 1, 75–88.
- 16) Teri L, Lewinsohn PM: Individual and group treatment of unipolar depression: comparison of treatment outcome and identification of predictors of successful treatment outcome. *Behav Ther* 1986, 17: 215-228.
- 17) Schindler A, Hiller W, Witthoft M: What predicts outcome, response, and drop-out in CBT of depressive Adults? A naturalistic Study. *Behav Cogn Psychother* 2013, 41: 365-370.
- 18) Miller, W. R. and Rollnick, S. (2002). *Motivational Interviewing: Preparing People for Change*, 2nd edn. Guilford Press, New York.
- 19) Cuijpers P, Smit F, van Straten A. Psychological treatments of subthreshold depression: a meta-analytic review. *Acta Psychiatr Scand.* 2007;115:434–441.
- 20) Amorim P. Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI): validation of a short structured diagnostic psychiatric interview. *Rev. Bras.Psiquiatr.* vol22 n3. 2000
- 21) Wang Y, Gorenstein C. Psychometric properties of the Beck Depression Inventory-II: a comprehensive review. *Ver. Bras. Psiquiatr.* Vol.35 n°4 Oct/Dec 2013.
- 22) Quintão S, Delgado A, Prieto G. Validity study of the Beck Anxiety Inventory (Portuguese version) by the Rasch Rating Scale model. *Psicol. Reflex. Crit.* vol.26n°2 3013.
- 23) Henrique I, Micheli D, Lacerda R, Lacerda L, Formigoni M. Validation of the Brazilian version of Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST). *Rev. Assoc. Med. Bras.* [online]. 2004, vol.50, n.2, pp.199-206.

- 24) Oliveira R, Stein L, Pezzi J. Translation and content validation of the Childhood Trauma Questionnaire into Portuguese language. *Rev. Saude Publica* vol 40, no 2, 2006.
- 25) Miller, W. R. and Rollnick, S. *Motivational interviewing: Preparing people to change addictive behavior*. New York: Guilford Press, 1991
- 26) Fernandez E, Salem D, Swift JK, Ramtahal N. Meta-Analysis of Dropout From Cognitive Behavioral Therapy: Magnitude, Timing, and Moderators. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2015, Vol. 83, No. 6, 1108–1122.
- 27) O’Mahen H, Himle JA, Fedock G, Henshaw E, Flynn H. A pilot randomised controlled trial of cognitive behavioural therapy for perinatal depression adapted for women with low incomes. *2013 Depression And Anxiety* 30:679–687
- 28) Westra H, Antony M, Constantino M. Integrating Motivational Interviewing With Cognitive-Behavioral Therapy for Severe Generalized Anxiety Disorder: An Allegiance- Controlled Randomized Clinical Trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2016, Vol. 84, No. 9, 768-782.

ANEXOS

QUADRO 1 - RESUMO DOS ARTIGOS DE INTERESSE JÁ PUBLICADOS

Título	Autores, Revista Publicada e Autores	Método	Resultados
A pilot randomised controlled trial of cognitive behavioural therapy for antenatal depression	Burns A, O’Mahen H, Baxter H, Bennert C, Wiles N, Ramchandani P, Turner K, Sharpie D, Thorn J, Noble S, Evans J. 2013 <i>BMC Psychiatry</i>	As mulheres grávidas (n = 1421) foram selecionadas para sintomas depressivos em clínicas de obstetrícia em conjunto com visitas de assistência pré-natal. Um total de 59 mulheres preencheram critérios diagnósticos para TDM; 55 mulheres foram aleatoriamente designadas para mTCC ou Tratamento Habitual. A intervenção do mTCC incluiu uma sessão inicial de engajamento, divulgação, conteúdo perinatal específico e componentes	A maioria participou de pelo menos uma sessão de mTCC e classificou os critérios de estudo para a adesão ao tratamento. Aconselhamento de pesquisa para obter o envolvimento e a retenção promovidos no julgamento. As mulheres que receberam mTCC mostraram maiores taxas de melhora dos sintomas depressivos.

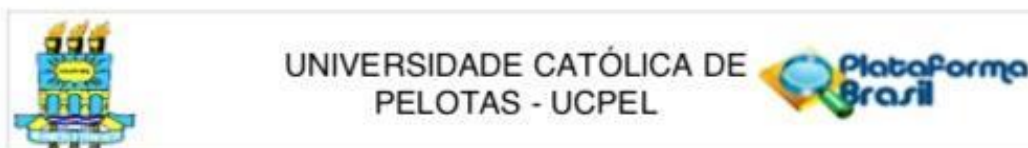
		interpessoais. As medidas foram coletadas no pré-tratamento, 16 semanas após a randomização e seguimento de 3 meses.	
Effectiveness of and Dropout From Outpatient Cognitive Behavioral Therapy for Adult Unipolar Depression: A Meta-Analysis of Nonrandomized Effectiveness Studies	Hans E, Hiller W Journal of Consulting and Clinical Psychology, 2013	Uma meta-análise com 34 estudos de eficácia não randomizados com TCC ambulatorial individual e de grupo para transtorno depressivo unipolar em adultos. Os tamanhos de efeitos de ganho médio padronizados são relatados para o fim do tratamento e efeitos de seguimento de 6 meses para a gravidade da depressão, cognições disfuncionais, ansiedade geral, distúrbios psicológicos e comprometimento funcional. Usaram como definição para abandono ter frequentado pelo menos uma sessão, mas menos do que o número mínimo de sessões consideradas terapêuticas.	A CBT ambulatorial foi efetiva na redução da gravidade depressiva em amostras completas (d= 1.13) e intenção de tratar (ITT) (d=1.06). Foram encontrados tamanhos de efeito pós-tratamento de moderado a grande (d= 0,67-0,88) para resultados secundários. A taxa de desistência média ponderada foi de 24,63%. Os ganhos pós-tratamento para depressão foram mantidos aos 6 meses após a conclusão da terapia. As taxas de abandono variaram de 8,05% a 32,20% e de 3,13% a 40,00% para TCC individual e de grupo, respectivamente.
Meta-Analysis of Dropout From Cognitive Behavioral Therapy: Magnitude, Timing, and Moderators	Fernandez E, Salem D, Swift JK, Ramtahal N Journal of Consulting and Clinical, 2015	Meta-análise realizada com dados de abandono de 115 estudos empíricos primários envolvendo 20.995 participantes que receberam TCC para uma série de distúrbios de saúde mental.	A taxa média de abandono ponderado foi de 15,9% no pré-tratamento e 26,2% durante o tratamento. A média ponderada da taxa de abandono do tratamento para os 115 estudos incluídos foi de 26,2%, IC 95% [23,1%, 29,7%].
A systematic review of the efficacy of cognitive behavioral therapy for treating and preventing perinatal depression	Sockol LE. 2015, Journal of Affective Disorders	Quarenta ensaios controlados que avaliaram a eficácia da TCC durante a gravidez e o primeiro ano pós-parto foram incluídos na revisão sistemática. Os participantes foram limitados a mulheres grávidas ou nos primeiros	As intervenções da TCC resultaram em reduções significativas nos sintomas depressivos em comparação com as condições de controle em estudos de tratamento e prevenção. A metade dos estudos incluídos iniciou a intervenção durante o

		12 meses após o parto. Para as meta-análises de tratamento, os participantes foram limitados a mulheres com depressão unipolar (definidas por critérios diagnósticos ou gravidade dos sintomas).	período pós-parto (n= 20,50%), 16 (40%) iniciaram a intervenção durante a gravidez e quatro estudos (10%) incluíram participantes em todo o período perinatal. O número de sessões variou de três a 16, com uma média de oito sessões. Oito estudos também incluíram sessões de reforço adicionais. Os resultados dessa meta-análise fornece forte evidência de que as intervenções comportamentais cognitivas são eficazes para tratar a depressão entre as populações perinatais.
Interventions to treat mental disorders during pregnancy: A systematic review and multiple treatment meta-analysis	van Ravesteyn LM, Lambregtse-van den Berg MP, HoogendijkWJG, KampermanAM. 2017 PLoS ONE	As bases de dados MedLine, PsycINFO e Embase foram pesquisadas por dois revisores independentes para ensaios clínicos com uma condição de controle no tratamento de mulheres com DMAE, ou seja, distúrbios de depressão maior (MDD), ansiedade, psicótico, alimentação, somatoformes e personalidade. O desfecho foi diminuição dos sintomas psiquiátricos no final do tratamento ou pós-parto. Protocolo PRISMA.	Vinte e nove ensaios foram encontrados envolvendo 2779 pacientes. Os ensaios estudaram pacientes com transtornos depressivos (k = 28) e distúrbios de ansiedade (k = 1). Uma forma de psicoterapia, como a TCC (g = -0,61; IC 95%: 0,73 a -0,49, I2 = 0%; k = 7), possui benefício robusto para gestantes com Depressão Maior.
A pilot randomised controlled trial of cognitive behavioural therapy for perinatal depression adapted for women with low incomes	O'Mahen H, Himle JA, Fedock G, Henshaw E, Flynn H, Depression And Anxiety 2013	As gestantes (n = 1421) foram selecionadas para sintomas depressivos em clínicas de obstetrícia em conjunto com visitas de assistência pré-natal. Um total de 55 mulheres que preencheram critérios para Depressão foram aleatoriamente designadas para Tratamento Habitual ou TCC modificada. A intervenção do mTCC	Sessenta por cento das mulheres (n = 18/30) aderiram ao tratamento, definidas como completando quatro ou mais sessões, um número associado a melhora dos sintomas, 43% (n = 13/30) completaram sete ou mais sessões ou mais.

		<p>incluiu uma sessão inicial de engajamento, divulgação, conteúdo perinatal específico e componentes interpessoais. As medidas foram coletadas no pré-tratamento, 16 semanas após a randomização e seguimento de 3 meses. Foi utilizada a EPDS, uma escala de 10 itens, para detectar a depressão.</p>	
<p>Integrating Motivational Interviewing With Cognitive-Behavioral Therapy for Severe Generalized Anxiety Disorder: An Allegiance-Controlled Randomized Clinical Trial</p>	<p>Henny A. Westra, Michael J. Constantino, Martin M. Antony, Journal of Consulting and Clinical Psychology, 2016</p>	<p>Compararam a eficácia de 15 sessões de TCC sozinha (N = 43) versus quatro sessões de IM seguidas de 11 sessões de TCC integradas com MI para tratar a resistência / ambivalência do paciente (N= 42). Os pacientes eram adultos, predominantemente do sexo feminino e caucasianos, com alta taxa de comorbidade diagnóstica.</p>	<p>Modelos multiníveis por partes não revelaram diferenças entre os grupos nos resultados do pré ao pós-tratamento; no entanto, ocorreram efeitos de tratamento durante o período de acompanhamento com pacientes TCC-TA demonstrando uma taxa mais acentuada de declínio de preocupação ($y = -0,13$, $p = 0,03$) e redução do estresse geral ($y = -0,12$, $p < 0,01$) do que apenas pacientes TCC. Além disso, as chances de não mais atender aos critérios diagnósticos do TAG foram 5 vezes maiores em 12 meses para os pacientes que receberam TCC-MI em comparação com TCC sozinhos. Houve também o dobro de desistências em TCC sozinho em comparação com TMI-MI (23% vs. 10%); uma diferença que se aproximou significância ($p = .09$).</p>
<p>The addition of a goal-based motivational interview to treatment as usual to enhance engagement and reduce dropouts in a personality disorder treatment service: results of a</p>	<p>Mary McMurrin, W Miles Cox, Diane Whitham, Lucy Hedges; Trials, 2013</p>	<p>Pacientes em um serviço de transtorno de personalidade ambulatorial foram randomizados para receber a Entrevista Motivacional (Inventário de preocupações pessoais) mais tratamento padrão ou</p>	<p>A taxa de recrutamento foi de 29% (76 de 258). Dos 12 entrevistados no follow-up, 8 (67%) foram positivos sobre a entrevista motivacional. Entrevistas pré-intervenção foram realizadas com 61% (23 de 38) do grupo de</p>

<p>feasibility study for a randomized controlled trial</p>		<p>apenas tratamento padrão. Foram recrutados 54% dos encaminhamentos e 80% dos pacientes e terapeutas que consideraram a intervenção aceitável. As informações coletadas foram sobre a assistência ao tratamento, a clareza dos objetivos da terapia e o envolvimento no tratamento.</p>	<p>inventário de preocupações pessoais e 74% (28 de 38) do grupo de tratamento usual. Ao longo de 12 semanas, o percentual médio de presença na sessão foi de 83,33% para o grupo Inventário de Preocupações Pessoais (N = 17) e 66,67% para o grupo de tratamento usual (N = 24). Dos 76 participantes, 63 (83%) completaram o Inventário de Recebimento de Atendimento ao Cliente no início do estudo e 34 de 59 (58%) no acompanhamento.</p>
--	--	---	---

Anexo A: Carta de aprovação no comitê de ética



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: Transtornos neuropsiquiátricos maternos no ciclo gravídico-puerperal: detecção e intervenção precoce e suas consequências na triade familiar

Pesquisador: RICARDO TAVARES PINHEIRO

Área Temática: Genética Humana;
(Trata-se de pesquisa envolvendo Genética Humana que não necessita de análise ética por parte da CONEP.);

Versão: 2

CAAE: 47807915.4.0000.5339

Instituição Proponente: Universidade Católica de Pelotas - UCPel

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.729.653

Apresentação do Projeto:

O projeto está organizado em subprojetos: (i) um estudo de coorte para ampliar a compreensão dos determinantes psicossociais na depressão gestacional e pós-parto e a abrangência da influência dos fatores psicossociais da mãe sobre o desenvolvimento neurocognitivo da criança; e (ii) dois ensaios clínicos randomizados (ECR) para avaliar a eficácia de modelos de intervenção psicossocial para prevenção do Transtorno Depressivo Maior (TDM) no pós-parto, bem como no tratamento do TDM no período gestacional e no pós-parto.

O projeto na sua proposta inicial foi aprovado pelo Comitê de Ética em agosto de 2016.

A solicitação em pauta diz respeito a inclusão nos objetivos do projeto dos quatro adendos abaixo relacionados:

1) Avaliar a prevalência do aparecimento de transformações cutâneas em mulheres no período da gestação e do pós-parto, assim como o impacto causado pelas mesmas. As transformações serão

Endereço: Rua Felix da Cunha, 412
Bairro: Centro **CEP:** 96.010-000
UF: RS **Município:** PELOTAS
Telefone: (53)2128-8023 **Fax:** (53)2128-8298 **E-mail:** cep@ucpel.tche.br



Continuação do Parecer: 1.729.653

avaliadas após 60 da primeira intervenção com as gestantes e 90 dias após o parto. O questionário que será empregado está incluído na documentação do projeto presente na Plataforma Brasil;

2) Avaliar a satisfação e as atitudes das gestantes com relação a imagem corporal, especialmente no que diz respeito ao ganho de peso durante a gestação. Os dados serão coletados após 60 dias da primeira avaliação com as gestantes e 90 dias após o parto através de uma escala denominada "Escala de Atitudes em Relação ao Ganho de Peso na Gestação";

3) Avaliar o reflexo vermelho no fundo do olho dos bebês. Esta avaliação é decorrência direta da realização do "teste do olhinho", que é preconizado pelo Ministério da Saúde. O teste será realizado por estudantes de medicina devidamente treinados para esta finalidade, sob acompanhamento de médico da área;

4) Avaliar o desenvolvimento da morfologia fetal, a movimentação do concepto e avaliação do líquido amniótico através de ecografia obstétrica no segundo trimestre da gravidez. Este procedimento de rotina não agrega riscos a mãe e nem ao bebê, sendo inclusive oportuna sua realização sistemática.

Objetivo da Pesquisa:

Avaliar a eficácia de intervenções terapêuticas para prevenir e tratar a depressão gestacional e do pós-parto, e concomitantemente identificar marcadores biológicos intimamente relacionados aos transtornos psiquiátricos, visando o desenvolvimento de um conjunto de testes que crie uma alternativa mais eficaz para a prevenção, diagnóstico e tratamento da depressão gestacional e pós-parto e da saúde da criança.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Não há riscos potenciais envolvidos tendo em vista a abordagem considerada quando da aplicação dos instrumentais previstos no projeto. Por sua vez, os benefícios são amplos, abrangendo a prevenção, diagnóstico e o tratamento da TDM de maneira mais abrangente, bem como a saúde do bebê. Todas as investigações estão acompanhadas dos respectivos procedimentos de orientação e o respectivo tratamento das pessoas envolvidas, quando necessário.

O adendo que está sendo avaliado objetiva a realização de quatro medidas que não estavam previstas no projeto. Nenhuma delas gera risco para mãe ou bebê, sendo duas delas

Endereço: Rua Felix da Cunha, 412

Bairro: Centro

CEP: 96.010-000

UF: RS

Município: PELOTAS

Telefone: (53)2128-8023

Fax: (53)2128-8298

E-mail: cep@ucpel.tche.br



Continuação do Parecer: 1.729.653

rotineiramente preconizadas no acompanhamento pre e perinatal. O princípio da beneficência é fortalecido com a garantia de realização destas medidas preconizadas, as quais nem sempre efetivadas pelo SUS em tempo hábil.

O TCLE empregado no projeto faz parte da documentação fornecida e as quatro medidas incluídas já estão cobertas pelo caráter amplo do mesmo.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa se caracteriza por significativa relevância, tanto pela modernidade e importância das medidas previstas, como também pelo o objetivo de criar instrumentos mais eficazes para lidar com a TDM e a saúde do bebê.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos de apresentação obrigatória foram contemplados na documentação do projeto e estão de acordo com o recomendado.

Recomendações:

Não há recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O projeto é atual, de grande significado social e com objetivos relevantes.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_784477_E1.pdf	30/08/2016 10:01:49		Aceito
Outros	Adendogates.pdf	30/08/2016 09:56:56	RICARDO TAVARES PINHEIRO	Aceito
Outros	cep_rtp_justificativa.pdf	31/07/2015 17:10:51		Aceito
Outros	MOTOR SCALE.pdf	30/07/2015 19:45:48		Aceito
Outros	MINI 500 Plus (1).pdf	30/07/2015 19:38:48		Aceito
Outros	Instrumento Gates MOCA.pdf	30/07/2015 19:34:51		Aceito
Outros	Instrumento GATES.pdf	30/07/2015 19:29:25		Aceito

Endereço: Rua Felix da Cunha, 412

Bairro: Centro

CEP: 96.010-000

UF: RS

Município: PELOTAS

Telefone: (53)2128-8023

Fax: (53)2128-8298

E-mail: cep@ucpel.tche.br



Continuação do Parecer: 1.729.653

Outros	declar_serv_psiq_iatria.pdf	30/07/2015 09:35:34		Aceito
Outros	Carta_de_Apresentação_Ricardo_Pinheiro.pdf	30/07/2015 09:32:12		Aceito
Folha de Rosto	Comite_de_ética_Ricardo_Pinheiro (1).pdf	30/07/2015 09:31:04		Aceito
Outros	Professores e link do lattes.pdf	30/07/2015 09:30:08		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto Gattes CEP.pdf	29/07/2015 23:30:08		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE Gattes.pdf	29/07/2015 23:26:42		Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

PELOTAS, 15 de Setembro de 2016

Assinado por:
Sandro Schreiber de Oliveira
(Coordenador)

Endereço: Rua Felix da Cunha, 412

Bairro: Centro

CEP: 96.010-000

UF: RS

Município: PELOTAS

Telefone: (53)2128-8023

Fax: (53)2128-8298

E-mail: cep@ucpel.tche.br

Anexo B: Termo de consentimento livre e esclarecido



UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PELOTAS
CENTRO DE CIÊNCIAS DA VIDA E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE E COMPORTAMENTO
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO:

Pesquisador Responsável: Ricardo Tavares Pinheiro

Contatos: E-mail: gravidezciudadabebesaudavel@gmail.com; Telefones: (53)2128-8246

Você está sendo convidada a participar como voluntária e autorizar a participação de seu bebê, da pesquisa "Transtornos neuropsiquiátricos maternos no ciclo gravídico-puerperal: detecção e intervenção precoce e suas consequências na tríade familiar".

OBJETIVO E JUSTIFICATIVA

Avaliar a eficácia de intervenções terapêuticas para prevenir e tratar a depressão gestacional e do pós-parto, e identificar fatores que possam estar alterados no sangue e que se relacionem aos transtornos psiquiátricos. Dessa forma procura-se uma alternativa mais eficaz para a prevenção, diagnóstico e tratamento da depressão gestacional, pós-parto e do desenvolvimento da criança.

PROCEDIMENTOS

Você será avaliada por testes psicológicos e será coletada pequena amostra de sangue da veia do seu braço no primeiro e segundo trimestre da gestação, assim como noventa dias após o nascimento do seu bebê. Nesta ocasião também será realizada avaliação sobre o desenvolvimento do seu bebê e coleta de pequena quantidade de saliva dele. Após as mulheres que apresentarem risco ou depressão serão divididas em dois grupos de psicoterapia.

DESCONFORTOS, RISCOS E BENEFÍCIOS:

Será utilizado material totalmente descartável evitando riscos de contaminação e a coleta realizada por equipe treinada. Em caso de vermelhidão ou desconforto local, você pode entrar em contato a qualquer momento com o pessoal de nossa equipe.

A participação no estudo pode trazer riscos ao perceber que apresenta depressão gestacional e/ou pós-parto, assim como na coleta do sangue. Sobre saber que apresenta depressão ou risco para depressão, isso poderá lhe trazer o benefício de ser tratada pela equipe da pesquisa. O sangue e a saliva do bebê ficarão armazenados em freezer para análises clínicas posteriores.

GARANTIA DE ESCLARECIMENTO, LIBERDADE DE RECUSA E GARANTIA DE SEGREDO:

Você será esclarecida sobre a pesquisa em qualquer aspecto que desejar e é livre para recusar sua participação ou de seu filho(a), assim como interromper a participação a qualquer momento. A participação é voluntária e a recusa em participar não lhe trará qualquer prejuízo. Os pesquisadores não tratará a sua identidade em segredo. Uma cópia deste consentimento informado será arquivada com o responsável pela pesquisa e outra será fornecida a você.

CUSTOS DA PARTICIPAÇÃO E RESSARCIMENTO:

A participação no estudo não lhe trará despesas, mas também não haverá nenhum tipo de pagamento.

Eu, _____, fui informada dos objetivos da pesquisa acima de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Declaro que concordo em participar deste estudo.

Declaro também aceitar que meu/minha filho(a) _____ participe da avaliação.

Pelotas, ___ de _____ de 201__.

Assinatura Entrevistador(a)

Assinatura da Participante



UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PELOTAS
CENTRO DE CIÊNCIAS DA VIDA E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE E COMPORTAMENTO
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO:

Pesquisador Responsável: Ricardo Tavares Pinheiro

Contatos: E-mail: gravidezcuidadabebesaudavel@gmail.com; Telefones: (53)2128-8246

Eu, _____, na condição de _____, autorizo _____ a participação como voluntária, assim como a de seu bebê, na pesquisa "Transtornos neuropsiquiátricos maternos no ciclo gravídico-puerperal: detecção e intervenção precoce e suas consequências na tríade familiar".

OBJETIVO E JUSTIFICATIVA

Avaliar a eficácia de intervenções terapêuticas para prevenir e tratar a depressão gestacional e do pós-parto, e identificar fatores que possam estar alterados no sangue e que se relacionem aos transtornos psiquiátricos. Dessa forma procura-se uma alternativa mais eficaz para a prevenção, diagnóstico e tratamento da depressão gestacional, pós-parto e do desenvolvimento da criança.

PROCEDIMENTOS

Você será avaliada por testes psicológicos e será coletada pequena amostra de sangue da veia do seu braço no primeiro e segundo trimestre da gestação, assim como noventa dias após o nascimento do seu bebê. Nesta ocasião também será realizada avaliação sobre o desenvolvimento do seu bebê e coleta de pequena quantidade de saliva dele. Após as mulheres que apresentarem risco ou depressão serão divididas em dois grupos de psicoterapia.

DESCONFORTOS, RISCOS E BENEFÍCIOS:

Será utilizado material totalmente descartável evitando riscos de contaminação e a coleta realizada por equipe treinada. Em caso de vermelhidão ou desconforto local, você pode entrar em contato a qualquer momento com o pessoal de nossa equipe.

A participação no estudo pode trazer riscos ao perceber que apresenta depressão gestacional e/ou pós-parto, assim como na coleta do sangue. Sobre saber que apresenta depressão ou risco para depressão, isso poderá lhe trazer o benefício de ser tratada pela equipe da pesquisa. O sangue e a saliva do bebê ficarão armazenados em freezer para análises clínicas posteriores.

GARANTIA DE ESCLARECIMENTO, LIBERDADE DE RECUSA E GARANTIA DE SEGREDO:

Você será esclarecida sobre a pesquisa em qualquer aspecto que desejar e é livre para recusar sua participação ou de seu filho(a), assim como interromper a participação a qualquer momento. A participação é voluntária e a recusa em participar não lhe trará qualquer prejuízo. Os pesquisadores não tratar a sua identidade em segredo. Uma cópia deste consentimento informado será arquivada com o responsável pela pesquisa e outra será fornecida a você.

CUSTOS DA PARTICIPAÇÃO E RESSARCIMENTO:

A participação no estudo não lhe trará despesas, mas também não haverá nenhum tipo de pagamento.

Eu, _____, fui informado(a) dos objetivos da pesquisa acima de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Declaro que autorizo e concordo com a participação de _____, neste estudo, assim como seu/sua filho(a) _____ participem da avaliação.

Pelotas, ___ de _____ de 201__.

Assinatura Entrevistador(a)

Assinatura do Responsável

Anexo C: Instrumentos



BILL & MELINDA GATES Fundação



GRAVIDEZ *convida*
BEBÊ *saudável*



QUESTIONÁRIO GESTANTES (1º ETAPA)

Quest _____ N° do setor: _____ N° cartão do SUS: _____
Nome da gestante: _____ N° CPF: _____
Nome do pai do bebê: _____
Telefones: _____ - _____
Endereço: _____
Existe algum ponto de referência por perto? Qual? _____
Bairro: _____ Cidade: _____ Data de aplicação: ___ / ___ / _____

1. Horário da coleta de sangue: ___:___

Gcbs1 ___:___

2. Peso atual (*pesar a gestante*): _____, ___ kg

Gcbs2 _____

3. Qual era seu peso antes de engravidar? _____, ___ kg

Gcbs3 _____

4. Altura atual (*medir a gestante*): _____, _____ cm

Gcbs4 _____

Vou lhe fazer algumas perguntas gerais:

5. Qual a sua idade? ___ anos

Gcbs5 _____

6. Qual a sua data de nascimento? ___ / ___ / _____

Gcbs6 ___ / ___ / _____

7. Qual o seu estado civil?

- (0) Solteira (1) Casada/vive com companheiro
(2) Separada ou divorciada (3) Viúva

Gcbs7 _____

8. Até que série você completou na escola? ___ série ___ grau

Gcbs8a _____
Gcbs8b _____

Sobre a sua saúde e de seus familiares:

9. a. Você está fazendo tratamento psicológico semanalmente (terapia)?

Gcbs9a _____

(0) Não (1) Sim

9. b. Você está tomando alguma medicação como tratamento psicoterápico (**ANTIDEPRESSIVO E/OU ANTIPSICÓTICO**)?

Gcbs9b _____

(0) Não (1) Sim SE SIM, ESPECIFICAR: _____

Gcbs9b1 _____

10. Algum familiar seu (pai, mãe, irmã(o), avô(ó), tio(a)) sofre de doença psiquiátrica?

Gcbs10 _____

(0) Não (**SE NÃO, PULAR PARA QUESTÃO 14**) (1) Sim

Agora vamos falar sobre doenças que você possa ter:

ANTES dessa gravidez você teve:

	NÃO	SIM
47. Anemia	0	1
48. Diabetes ou açúcar no sangue	0	1
49. Pressão alta ou hipertensão	0	1
50. Doença na tireoide	0	1
51. Doença cardíaca	0	1
52. Asma ou bronquite	0	1
53. Algum tipo de câncer	0	1
54. Lúpus	0	1
55. HIV / AIDS	0	1
56. Tuberculose	0	1

Gcbs47 __

Gcbs48 __

Gcbs49 __

Gcbs50 __

Gcbs51 __

Gcbs52 __

Gcbs53 __

Gcbs54 __

Gcbs55 __

Gcbs56 __

E agora, DURANTE ESTA GESTAÇÃO, você apresentou até o momento alguma dessas doenças:

	NÃO	SIM (sem medicação)	SIM (com medicação)
57. Hipertensão	0	1	2
58. Diabetes	0	1	2
59. Alguma doença cardíaca	0	1	2
60. Tireoide	0	1	2
61. Sangramentos frequentes	0	1	2
62. Alguma incapacidade física que a impeça de fazer exercícios	0	1	2
63. Lúpus	0	1	2

Gcbs57 __

Gcbs58 __

Gcbs59 __

Gcbs60 __

Gcbs61 __

Gcbs62 __

Gcbs63 __

Agora, vou ler para você algumas perguntas sobre a alimentação em sua casa, nos últimos três meses. As perguntas são parecidas umas com as outras, mas mesmo assim é importante que você responda a cada uma delas.

64. Nos últimos três meses, os moradores deste domicílio tiveram a preocupação de que a comida acabasse antes que tivessem dinheiro para comprar mais comida?

(0) Não (1) Sim

Gcbs64 __

65. Nos últimos três meses, os alimentos acabaram antes que os moradores desse domicílio tivessem dinheiro para comprar mais comida?

(0) Não (1) Sim

Gcbs65 __

66. Nos últimos três meses, os moradores desse domicílio ficaram sem dinheiro para ter uma alimentação saudável e variada?

(0) Não (1) Sim

Gcbs66 __

67. Nos últimos três meses, os moradores deste domicílio comeram apenas alguns poucos tipos de alimentos que ainda tinham, porque o dinheiro acabou?

(0) Não (1) Sim

Gcbs67 __

68. Nos últimos três meses, algum morador adulto deixou de fazer alguma refeição porque não havia dinheiro para comprar a comida?

(0) Não (1) Sim

Gcbs68 __

69. Nos últimos três meses, algum morador adulto comeu menos do que achou que devia, porque não havia dinheiro para comprar comida?

(0) Não (1) Sim

Gcbs69 __

70. Nos últimos três meses, algum morador adulto sentiu fome, mas não comeu, porque não tinha dinheiro para comprar comida?

(0) Não (1) Sim

Gcbs70 __

71. Nos últimos três meses, algum morador adulto ficou um dia inteiro sem comer ou, teve apenas uma refeição ao dia, porque não tinha dinheiro para comprar a comida?

(0) Não (1) Sim

Gcbs71 __

72. Na casa mora alguém com menos de 18 anos?

(0) Não (SE NÃO, PULE PARA O ENUNCIADO SEGUINTE) (1) Sim

Gcbs72 __

73. Nos últimos três meses, os moradores com menos de 18 anos de idade não puderam ter uma alimentação saudável e variada, porque não havia dinheiro para comprar comida?

(0) Não (1) Sim (8) NSA

Gcbs73 __

74. Nos últimos três meses, os moradores menores de 18 anos de idade comeram apenas alguns poucos tipos de alimentos que ainda havia neste domicílio, porque o dinheiro acabou?

(0) Não (1) Sim (8) NSA

Gcbs74 __

75. Nos últimos três meses, algum morador com menos de 18 anos de idade comeu menos do que você achou que devia, porque não havia dinheiro para comprar a comida?

(0) Não (1) Sim (8) NSA

Gcbs75 __

76. Nos últimos três meses, foi diminuída a quantidade de alimentos das refeições de algum morador com menos de 18 anos de idade, porque não havia dinheiro suficiente para comprar a comida?

(0) Não (1) Sim (8) NSA

Gcbs76 __

77. Nos últimos três meses, algum morador com menos de 18 anos de idade deixou de fazer alguma refeição, porque não havia dinheiro para comprar a comida?

(0) Não (1) Sim (8) NSA

Gcbs77 __

78. Nos últimos três meses, algum morador com menos de 18 anos de idade sentiu fome, mas não comeu porque não havia dinheiro para comprar mais comida?

(0) Não (1) Sim (8) NSA

Gcbs78 __

Dos aspectos indicados abaixo assinale a opção que melhor descreve a conduta do paciente nos últimos 15 dias.

SONO

79. Qual o seu grau de dificuldade em dormir na hora habitual

(1) nenhuma (2) pouca (3) bastante (4) muita

Gcbs79 __

80. Qual o seu grau de dificuldade em acordar na hora habitual.

(1) nenhuma (2) pouca (3) bastante (4) muita

Gcbs80 __

81. Qual o seu grau de dificuldade em sair da cama depois de despertar.

(1) nenhuma (2) pouca (3) bastante (4) muita

Gcbs81 __

82. Qual o seu grau de dificuldade em sentir-se descansado com o número de horas que dorme (estar descansado inclui a sensação subjetiva e desempenho normal em tarefas diárias como dirigir, raciocinar e trabalhar).

(1) nenhuma (2) pouca (3) bastante (4) muita

Gcbs82 __

83. Qual o seu grau de dificuldade em "desligar" nos momentos de descanso?

(1) nenhuma (2) pouca (3) bastante (4) muita

Gcbs83 __

ATIVIDADES

84. Qual o seu grau de dificuldade em terminar todas as atividades que faz em seu trabalho ?

(1) nenhuma (2) pouca (3) bastante (4) muita

Gcbs84 __

85. Qual o seu grau de dificuldade em terminar suas atividades habituais (limpar a casa, fazer compras)?

(1) nenhuma (2) pouca (3) bastante (4) muita

Gcbs85 __

86. Qual o seu grau de dificuldade em manter seu ritmo de atividade física (por exemplo: tomar um ônibus/metro ou praticar um esporte – se isto faz parte de sua rotina)

(1) nenhuma (2) pouca (3) bastante (4) muita

Gcbs86 __

87. Qual é seu grau de dificuldade em cumprir o horário habitual de suas tarefas.

(1) nenhuma (2) pouca (3) bastante (4) muita

Gcbs87 __

88. Qual o seu grau de dificuldade em manter seu nível de desejo/atividade sexual?

(1) nenhuma (2) pouca (3) bastante (4) muita

Gcbs88 __

SOCIAL

89. Qual o seu grau de dificuldade em relacionar-se e comunicar-se com as pessoas com quem convive?

(1) nenhuma (2) pouca (3) bastante (4) muita

Gcbs89 __

90. Qual o seu grau de dificuldade em usar de forma equilibrada aparelhos eletrônicos como TV, internet, etc. (sem que isto prejudique seu contato com as pessoas com quem convive ou gastem um número de horas desproporcionais as seus outros afazeres).

(1) nenhuma (2) pouca (3) bastante (4) muita

Gcbs90 __

91. Qual o grau de dificuldade em ajustar suas rotinas e padrão de sono ao das pessoas com quem convive (familiares, vizinhos, amigos).

(1) nenhuma (2) pouca (3) bastante (4) muita

Gcbs91 __

92. Qual o grau de dificuldade em disponibilizar de tempo e atenção para as pessoas com quem convive (familiares, vizinhos, amigos)?

(1) nenhuma (2) pouca (3) bastante (4) muita

Gcbs92 __

ALIMENTAÇÃO

93. Qual o seu grau de dificuldade em manter o horário das suas refeições (café da manhã, almoço e jantar)?

(1) nenhuma (2) pouca (3) bastante (4) muita

Gcbs93 __

94. Qual o seu grau de dificuldade em manter seu padrão alimentar habitual no que se refere a não pular refeições?

(1) nenhuma (2) pouca (3) bastante (4) muita

Gcbs94 __

95. Qual o seu grau de dificuldade em manter seu padrão alimentar habitual no que se refere a quantidade de alimento ingerido?

(1) nenhuma (2) pouca (3) bastante (4) muita

Gcbs95 __

96. Qual o seu grau de dificuldade em consumir com moderação estimulantes (como café e coca-cola) ou chocolates/doces?

(1) nenhuma (2) pouca (3) bastante (4) muita

Gcbs96 __

RITMO PREDOMINANTE (vespertino ou matutino)

Esta parte da escala é opcional e se refere aos seus hábitos. Considere aqui os últimos 12 meses.

97. Você tem a tendência a estar mais ativo à noite (trabalho, relações interpessoais)?

(1) nunca (2) raramente (3) quase sempre (4) sempre

Gcbs97 __

98. Você tem a sensação que pela manhã é mais produtivo?

(1) nunca (2) raramente (3) quase sempre (4) sempre

Gcbs98 __

99. Você tem trocado seu dia pela noite?

(1) nunca (2) raramente (3) quase sempre (4) sempre

Gcbs99 __

Esta parte do questionário deve ser respondida por ti. Alguns assuntos abordados aqui são bastante pessoais. Garantimos que as tuas respostas serão mantidas em sigilo. É importante que tu respondas com sinceridade todas as perguntas, marcando apenas a coluna esquerda. Agradecemos a sua colaboração.

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 descrever 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 o 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 no item 18 (alterações no apetite).

100. Tristeza

- (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 tão infeliz que não consigo suportar.

Gcbs100 __

101. Pessimismo

- (0) Não estou desanimado(a) a respeito do meu futuro.
- (1) Eu me sinto mais desanimado(a) a respeito do meu futuro do que de costume.
- (2) Não espero que as coisas dêem certo para mim.
- (3) Sinto que não há esperança quanto ao meu futuro. Acho que só vai piorar.

Gcbs101 __

102. Fracasso passado

- (0) Não me sinto um(a) fracassado(a).
- (1) Tenho fracassado mais do que deveria.
- (2) Quando penso no passado vejo muitos fracassos.
- (3) Sinto que como pessoa sou um fracasso total.

Gcbs102 __

103. Perda de prazer

- (0) Continuo sentindo o mesmo prazer que sentia com as coisas que eu gosto.
- (1) Não sinto tanto prazer com as coisas como costumava sentir.
- (2) Tenho muito pouco prazer nas coisas que eu costumava gostar.
- (3) Não tenho mais nenhum prazer nas coisas que costumava gostar.

Gcbs103 __

104. Sentimentos de culpa

- (0) Não me sinto particularmente culpado(a).
- (1) Eu me sinto culpado(a) a respeito de várias coisas que eu fiz e/ou que deveria ter feito.
- (2) Eu me sinto culpado(a) a maior parte do tempo.
- (3) Eu me sinto culpado(a) o tempo todo.

Gcbs104 __

105. Sentimentos de punição

- (0) Não sinto que estou sendo punido(a).
- (1) Sinto que posso ser punido(a).
- (2) Eu acho que serei punido(a).
- (3) Sinto que estou sendo punido(a).

Gcbs105 __

106. Auto-estima

- (0) Eu me sinto como sempre me senti em relação a mim mesmo(a).
- (1) Perdi a confiança em mim mesmo(a).
- (2) Estou desapontado(a) comigo mesmo(a).
- (3) Não gosto de mim.

Gcbs106 __

107. Autocrítica

- (0) Não me critico nem me culpo mais do que o habitual.
- (1) Estou sendo mais crítico(a) comigo mesmo(a) do que costumava ser.
- (2) Eu me critico por todos os meus erros.
- (3) Eu me culpo por tudo de ruim que acontece.

Gcbs107 __

108. Pensamentos ou desejos suicidas

- (0) Não tenho nenhum pensamento de me matar.
- (1) Tenho pensamentos de me matar, mas não levaria isso adiante.
- (2) Gostaria de me matar.
- (3) Eu me mataria se fivesse oportunidade.

Gcbs108 __

109. Choro

- (0) Não choro mais do que chorava antes.
- (1) Choro mais agora do que costumava chorar.
- (2) Choro por qualquer coisinha.
- (3) Sinto vontade de chorar, mas não consigo.

Gcbs109 __

110. Agitação

- (0) Não me sinto mais inquieto(a) ou agitado(a) do que me sentia antes.
- (1) Eu me sinto mais inquieto(a) ou agitado(a) do que me sentia antes.
- (2) Eu me sinto tão inquieto(a) ou agitado(a) que é difícil ficar parado(a).
- (3) Estou tão inquieto(a) ou agitado(a) que tenho que estar sempre me mexendo ou fazendo alguma coisa.

Gcbs110 __

111. Perda de interesse

- (0) Não perdi o interesse por outras pessoas ou por minhas atividades.
- (1) Estou menos interessado(a) pelas outras pessoas ou coisas do que costumava estar.
- (2) Perdi quase todo o interesse por outras pessoas ou coisas.
- (3) É difícil me interessar por alguma coisa.

Gcbs111 __

112. Indecisão

- (0) Tomo minhas decisões tão bem quanto antes.
- (1) Acho mais difícil tomar decisões agora do que antes.
- (2) Tenho muito mais dificuldades em tomar decisões agora do que antes.
- (3) Tenho dificuldade para tomar qualquer decisão.

Gcbs112 __

113. Desvalorização

- (0) Não me sinto sem valor.
- (1) Não me considero hoje tão útil ou não me valorizo como antes.
- (2) Eu me sinto com menos valor quando me comparo com outras pessoas.
- (3) Eu me sinto completamente sem valor.

Gcbs113 __

114. Falta de energia

- (0) Tenho tanta energia hoje como sempre tive.
- (1) Tenho menos energia do que costumava ter.
- (2) Não tenho energia suficiente para fazer muita coisa.
- (3) Não tenho energia suficiente para nada.

Gcbs114 __

115. Alterações no padrão de sono

- (0) Não percebi nenhuma mudança no meu sono.
- (1a) Durmo um pouco mais do que o habitual.
- (1b) Durmo um pouco menos do que o habitual.
- (2a) Durmo muito mais do que o habitual.
- (2b) Durmo muito menos do que o habitual.
- (3a) Durmo a maior parte do dia
- (3b) Acordo 1 ou 2 horas mais cedo e não consigo voltar a dormir.

Gcbs115 __

116. Irritabilidade

- (0) Não estou mais irritado(a) do que o habitual.
- (1) Estou mais irritado(a) do que o habitual.
- (2) Estou muito mais irritado(a) do que o habitual.
- (3) Fico irritado(a) o tempo todo.

Gcbs116 __

117. Alterações de apetite

- (0) Não percebi nenhuma mudança no meu apetite.
 (1a) Meu apetite está um pouco menor do que o habitual.
 (1b) Meu apetite está um pouco maior do que o habitual.
 (2a) Meu apetite está muito menor do que antes.
 (2b) Meu apetite está muito maior do que antes.
 (3a) Não tenho nenhum apetite.
 (3b) Quero comer o tempo todo.

Gcbs117 __

118. Dificuldade de concentração

- (0) Posso me concentrar tão bem quanto antes.
 (1) Não posso me concentrar tão bem como habitualmente.
 (2) É muito difícil para mim manter a concentração em alguma coisa por muito tempo.
 (3) Eu acho que não consigo me concentrar em nada.

Gcbs118 __

119. Cansaço ou fadiga

- (0) Não estou mais cansado(a) ou fadigado(a) do que o habitual.
 (1) Fico cansado(a) ou fadigado(a) mais facilmente do que o habitual.
 (2) Eu me sinto muito cansado(a) ou fadigado(a) para fazer as muitas das coisas que costuma fazer.
 (3) Eu me sinto muito cansado(a) ou fadigado(a) para fazer a maioria das coisas que costumava fazer.

Gcbs119 __

120. Perda de interesse por sexo

- (0) Não notei nenhuma mudança recente no meu interesse por sexo.
 (1) Estou menos interessado(a) em sexo do que costumava estar.
 (2) Estou muito menos interessado(a) em sexo agora.
 (3) Perdi completamente o interesse por sexo.

Gcbs120 __

PARA O ENTREVISTADOR: SOMAR PONTUAÇÃO DAS QUESTÕES 100 ATÉ 120: __ __

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

	Absolutamente não	Levemente Não me incomodou muito.	Moderadamente Foi muito desagradável, mas pude suportar.	Gravemente Difícil de suportar.
121. Dormência ou formigamentos.	0	1	2	3
122. Sensação de calor.	0	1	2	3
123. Tremores nas pernas.	0	1	2	3
124. Medo que aconteça o pior.	0	1	2	3
125. Incapaz de relaxar.	0	1	2	3
126. Atordoado ou tonto.	0	1	2	3
127. Palpitação ou aceleração do coração.	0	1	2	3

Gcbs121 __

Gcbs122 __

Gcbs123 __

Gcbs124 __

Gcbs125 __

Gcbs126 __

Gcbs127 __

	Absolutamente não	Levemente Não me incomodou muito.	Moderadamente Foi muito desagradável, mas pude suportar.	Gravemente Difícil de suportar.
128. Sem equilíbrio.	0	1	2	3
129. Aterrorizado.	0	1	2	3
130. Nervoso.	0	1	2	3
131. Sensação de sufocação.	0	1	2	3
132. Tremores nas mãos.	0	1	2	3
133. Trêmulo.	0	1	2	3
134. Medo de perder o controle.	0	1	2	3
135. Dificuldade de respirar.	0	1	2	3
136. Medo de morrer.	0	1	2	3
137. Assustado.	0	1	2	3
138. Indigestão ou desconforto no abdômen.	0	1	2	3
139. Sensação de desmaio.	0	1	2	3
140. Rosto afogueado.	0	1	2	3
141. Suor (não devido ao calor).	0	1	2	3

Gcbs128 __

Gcbs129 __

Gcbs130 __

Gcbs131 __

Gcbs132 __

Gcbs133 __

Gcbs134 __

Gcbs135 __

Gcbs136 __

Gcbs137 __

Gcbs138 __

Gcbs139 __

Gcbs140 __

Gcbs141 __

PARA O ENTREVISTADOR: SOMAR PONTUAÇÃO DAS QUESTÕES 121 ATÉ 141: __ __

Gostaríamos que respondesse algumas questões de acordo com o teu comportamento na maior parte do tempo. Por favor, marque com um "X" na numeração de 1 a 7 apresentada abaixo de cada frase.

142. Quando eu faço planos, eu levo eles até o fim.

Discordo totalmente 1 2 3 4 5 6 7 concordo totalmente

Gcbs142 __

143. Eu costumo lidar com os problemas de uma forma ou de outra.

Discordo totalmente 1 2 3 4 5 6 7 concordo totalmente

Gcbs143 __

144. Eu sou capaz de depender de mim mais do que qualquer outra pessoa.

Discordo totalmente 1 2 3 4 5 6 7 concordo totalmente

Gcbs144 __

145. Manter interesse nas coisas é importante para mim.

Discordo totalmente 1 2 3 4 5 6 7 concordo totalmente

Gcbs145 __

146. Eu posso estar por minha conta se eu precisar. Gcbs146 __
Discordo totalmente 1 2 3 4 5 6 7 concordo totalmente
147. Eu sinto orgulho de ter realizado coisas em minha vida. Gcbs147 __
Discordo totalmente 1 2 3 4 5 6 7 concordo totalmente
148. Eu costumo aceitar as coisas sem muita preocupação. Gcbs148 __
Discordo totalmente 1 2 3 4 5 6 7 concordo totalmente
149. Eu sou amiga de mim mesmo. Gcbs149 __
Discordo totalmente 1 2 3 4 5 6 7 concordo totalmente
150. Eu sinto que posso lidar com várias coisas ao mesmo tempo. Gcbs150 __
Discordo totalmente 1 2 3 4 5 6 7 concordo totalmente
151. Eu sou determinada. Gcbs151 __
Discordo totalmente 1 2 3 4 5 6 7 concordo totalmente
152. Eu raramente penso sobre o objetivo das coisas. Gcbs152 __
Discordo totalmente 1 2 3 4 5 6 7 concordo totalmente
153. Eu faço as coisas um dia de cada vez. Gcbs153 __
Discordo totalmente 1 2 3 4 5 6 7 concordo totalmente
154. Eu posso enfrentar tempos difíceis porque já experimentei dificuldades antes. Gcbs154 __
Discordo totalmente 1 2 3 4 5 6 7 concordo totalmente
155. Eu sou disciplinada. Gcbs155 __
Discordo totalmente 1 2 3 4 5 6 7 concordo totalmente
156. Eu mantenho interesse nas coisas. Gcbs156 __
Discordo totalmente 1 2 3 4 5 6 7 concordo totalmente
157. Eu normalmente posso achar motivo para rir. Gcbs157 __
Discordo totalmente 1 2 3 4 5 6 7 concordo totalmente
158. Minha crença em mim mesmo me leva a atravessar tempos difíceis. Gcbs158 __
Discordo totalmente 1 2 3 4 5 6 7 concordo totalmente
159. Em uma emergência, eu sou uma pessoa em quem as pessoas podem contar. Gcbs159 __
Discordo totalmente 1 2 3 4 5 6 7 concordo totalmente
160. Eu posso geralmente olhar uma situação em diversas maneiras. Gcbs160 __
Discordo totalmente 1 2 3 4 5 6 7 concordo totalmente

161. Às vezes eu me obrigo a fazer coisas querendo ou não.

Discordo totalmente 1 2 3 4 5 6 7 concordo totalmente

Gcbs161 __

162. Minha vida tem sentido.

Discordo totalmente 1 2 3 4 5 6 7 concordo totalmente

Gcbs162 __

163. Eu não insisto em coisas as quais eu não posso fazer nada sobre elas.

Discordo totalmente 1 2 3 4 5 6 7 concordo totalmente

Gcbs163 __

164. Quando eu estou numa situação difícil, eu normalmente acho uma saída.

Discordo totalmente 1 2 3 4 5 6 7 concordo totalmente

Gcbs164 __

165. Eu tenho energia suficiente para fazer o que eu tenho que fazer.

Discordo totalmente 1 2 3 4 5 6 7 concordo totalmente

Gcbs165 __

166. Tudo bem se há pessoas que não gostam de mim.

Discordo totalmente 1 2 3 4 5 6 7 concordo totalmente

Gcbs166 __

Este questionário lista várias atitudes e comportamentos dos pais. Conforme você se lembra da sua MÃE até hoje, faça uma marca no parêntese mais apropriado ao lado de cada afirmativa.

	Muito parecido	Moderadamente parecido	Moderadamente diferente	Muito diferente
167. Falava comigo com uma voz meiga e amigável	(0)	(1)	(2)	(3)
168. Não me ajudava tanto quanto eu necessitava	(0)	(1)	(2)	(3)
169. Deixava-me fazer as coisas que eu gostava de fazer	(0)	(1)	(2)	(3)
170. Parecia emocionalmente frio (a) comigo	(0)	(1)	(2)	(3)
171. Parecia compreender meus problemas e preocupações	(0)	(1)	(2)	(3)
172. Era carinhoso (a) comigo	(0)	(1)	(2)	(3)
173. Gostava que eu tomasse minhas próprias decisões	(0)	(1)	(2)	(3)
174. Não queria que eu crescesse	(0)	(1)	(2)	(3)
175. Tentava controlar todas as coisas que eu fazia	(0)	(1)	(2)	(3)
176. Invadia a minha privacidade	(0)	(1)	(2)	(3)
177. Gostava de conversar sobre as coisas comigo	(0)	(1)	(2)	(3)
178. Frequentemente sorria para mim	(0)	(1)	(2)	(3)
179. Tendi a me tratar como um bebê	(0)	(1)	(2)	(3)
180. Parecia não entender o que eu necessitava ou queria	(0)	(1)	(2)	(3)
181. Deixava que eu decidisse coisas por mim mesmo	(0)	(1)	(2)	(3)

Gcbs167 __

Gcbs168 __

Gcbs169 __

Gcbs170 __

Gcbs171 __

Gcbs172 __

Gcbs173 __

Gcbs174 __

Gcbs175 __

Gcbs176 __

Gcbs177 __

Gcbs178 __

Gcbs179 __

Gcbs180 __

Gcbs181 __

	Muito parecido	Moderadamente parecido	Moderadamente diferente	Muito diferente	
182.Fazia com que eu sentisse que eu não era querido	(0)	(1)	(2)	(3)	Gcbs182 __
183.Podia me fazer sentir melhor quando eu estava chateado	(0)	(1)	(2)	(3)	Gcbs183 __
184.Não conversava muito comigo	(0)	(1)	(2)	(3)	Gcbs184 __
185.Tentava me fazer dependente dele (a)	(0)	(1)	(2)	(3)	Gcbs185 __
186.Ele (a) sentia que eu não poderia cuidar de mim mesmo, a menos que ele (a) estivesse por perto	(0)	(1)	(2)	(3)	Gcbs186 __
187.Dava-me tanta liberdade quanto eu queria	(0)	(1)	(2)	(3)	Gcbs187 __
188.Deixava-me sair tão freqüentemente quanto eu queria	(0)	(1)	(2)	(3)	Gcbs188 __
189.Era superprotetor (a) comigo	(0)	(1)	(2)	(3)	Gcbs189 __
190.Não me elogiava	(0)	(1)	(2)	(3)	Gcbs190 __
191.Deixava-me vestir de qualquer jeito que eu desejasse	(0)	(1)	(2)	(3)	Gcbs191 __

Conforme você se lembra da seu PAI até hoje, faça uma marca no parêntese mais apropriado ao lado de cada afirmativa.

	Muito parecido	Moderadamente parecido	Moderadamente diferente	Muito diferente	
192. Falava comigo com uma voz meiga e amigável	(0)	(1)	(2)	(3)	Gcbs192 __
193. Não me ajudava tanto quanto eu necessitava	(0)	(1)	(2)	(3)	Gcbs193 __
194. Deixava-me fazer as coisas que eu gostava de fazer	(0)	(1)	(2)	(3)	Gcbs194 __
195. Parecia emocionalmente frio (a) comigo	(0)	(1)	(2)	(3)	Gcbs195 __
196. Parecia compreender meus problemas e preocupações	(0)	(1)	(2)	(3)	Gcbs196 __
197. Era carinhoso (a) comigo	(0)	(1)	(2)	(3)	Gcbs197 __
198.Gostava que eu tomasse minhas próprias decisões	(0)	(1)	(2)	(3)	Gcbs198 __
199.Não queria que eu crescesse	(0)	(1)	(2)	(3)	Gcbs199 __
200.Tentava controlar todas as coisas que eu fazia	(0)	(1)	(2)	(3)	Gcbs200 __
201.Invadia a minha privacidade	(0)	(1)	(2)	(3)	Gcbs201 __
202.Gostava de conversar sobre as coisas comigo	(0)	(1)	(2)	(3)	Gcbs202 __
203.Freqüentemente sorria para mim	(0)	(1)	(2)	(3)	Gcbs203 __
204.Tendia a me tratar como um bebê	(0)	(1)	(2)	(3)	Gcbs204 __
205.Parecia não entender o que eu necessitava ou queria	(0)	(1)	(2)	(3)	Gcbs205 __

	Muito parecido	Moderadamente parecido	Moderadamente diferente	Muito diferente
206. Deixava que eu decidisse coisas por mim mesmo	(0)	(1)	(2)	(3)
207. Fazia com que eu sentisse que eu não era querido	(0)	(1)	(2)	(3)
208. Podia me fazer sentir melhor quando eu estava chateado	(0)	(1)	(2)	(3)
209. Não conversava muito comigo	(0)	(1)	(2)	(3)
210. Tentava me fazer dependente dele (a)	(0)	(1)	(2)	(3)
211. Ele (a) sentia que eu não poderia cuidar de mim mesmo, a menos que ele (a) estivesse por perto	(0)	(1)	(2)	(3)
212. Dava-me tanta liberdade quanto eu queria	(0)	(1)	(2)	(3)
213. Deixava-me sair tão freqüentemente quanto eu queria	(0)	(1)	(2)	(3)
214. Era superprotetor (a) comigo	(0)	(1)	(2)	(3)
215. Não me elogiava	(0)	(1)	(2)	(3)
216. Deixava-me vestir de qualquer jeito que eu desejasse	(0)	(1)	(2)	(3)

Gcbs206 __

Gcbs207 __

Gcbs208 __

Gcbs209 __

Gcbs210 __

Gcbs211 __

Gcbs212 __

Gcbs213 __

Gcbs214 __

Gcbs215 __

Gcbs216 __

NOS ÚLTIMOS SETE DIAS:**217. Eu tenho sido capaz de rir e achar graça das coisas.**

- (0) Como eu sempre fiz.
 (1) Não tanto quanto antes.
 (2) Sem dúvida menos que antes.
 (3) De jeito nenhum.

Gcbs217 __

218. Eu sinto prazer quando penso no que está por acontecer em meu dia-a-dia.

- (0) Como sempre senti.
 (1) Talvez menos do que antes.
 (2) Com certeza menos.
 (3) De jeito nenhum

Gcbs218 __

219. Eu tenho me culpado sem necessidade quando as coisas saem erradas.

- (3) Sim, na maioria das vezes.
 (2) Sim, algumas vezes.
 (1) Não muitas vezes.
 (0) Não, nenhuma vez.

Gcbs219 __

220. Eu tenho me sentido ansiosa ou preocupada sem uma boa razão.

- (0) Não, de maneira alguma.
 (1) Pouquíssimas vezes.
 (2) Sim, algumas vezes.
 (3) Sim, muitas vezes.

Gcbs220 __

221. Eu tenho me sentido assustada ou em pânico sem um bom motivo.

- (3) Sim, muitas vezes.
 (2) Sim, algumas vezes.
 (1) Não muitas vezes.
 (0) Não, nenhuma vez.

Gcbs221 __

222. Eu tenho me sentido esmagada pelas tarefas e acontecimentos do meu dia-a-dia.

- (3) Sim. Na maioria das vezes eu não consigo lidar bem com eles.
(2) Sim. Algumas vezes não consigo lidar bem como antes.
(1) Não. Na maioria das vezes consigo lidar bem com eles.
(0) Não. Eu consigo lidar com eles tão bem quanto antes.

Gcbs222 __

223. Eu tenho me sentido tão infeliz que tenho tido dificuldade de dormir.

- (3) Sim, na maioria das vezes.
(2) Sim, algumas vezes.
(1) Não muitas vezes.
(0) Não, nenhuma vez.

Gcbs223 __

224. Eu tenho me sentido triste ou arrasada.

- (3) Sim, na maioria das vezes.
(2) Sim, muitas vezes.
(1) Não muitas vezes.
(0) Não, de jeito nenhum.

Gcbs224 __

225. Eu tenho me sentido tão infeliz que tenho chorado.

- (3) Sim, quase todo o tempo.
(2) Sim, muitas vezes.
(1) De vez em quando.
(0) Não, nenhuma vez.

Gcbs225 __

226. A idéia de fazer mal a mim mesma passou por minha cabeça.

- (3) Sim, muitas vezes, ultimamente.
(2) Algumas vezes nos últimos dias.
(1) Pouquíssimas vezes, ultimamente.
(0) Nenhuma vez.

Gcbs226 __

Agora vamos falar sobre os eventos que lhe ocorreram no último ano em sua vida (marque uma alternativa):

	NÃO	SIM	
227. Morte do cônjuge	0	1	Gcbs227 __
228. Separação	0	1	Gcbs228 __
229. Casamento	0	1	Gcbs229 __
230. Morte de alguém da família	0	1	Gcbs230 __
231. Acréscimo ou diminuição do número de pessoas morando em sua casa	0	1	Gcbs231 __
232. Nascimento na família	0	1	Gcbs232 __
233. Mudança de casa	0	1	Gcbs233 __
234. Mudança de escola	0	1	Gcbs234 __
235. Reconciliação matrimonial	0	1	Gcbs235 __
236. Aposentadoria	0	1	Gcbs236 __
237. Perda de emprego	0	1	Gcbs237 __
238. Mudança de trabalho (favorável ou desfavorável)	0	1	Gcbs238 __
239. Dificuldades com a chefia	0	1	Gcbs239 __
240. Reconhecimento profissional	0	1	Gcbs240 __
241. Acidentes	0	1	Gcbs241 __

	NÃO	SIM	
242. Perdas financeiras	0	1	Gcbs242 __
243. Dificuldades sexuais	0	1	Gcbs243 __
244. Problemas de saúde	0	1	Gcbs244 __
245. Morte de um amigo	0	1	Gcbs245 __
246. Dívidas	0	1	Gcbs246 __
247. Mudanças de hábitos pessoais	0	1	Gcbs247 __
248. Mudanças de atividades recreativas	0	1	Gcbs248 __
249. Mudanças de atividades religiosas	0	1	Gcbs249 __
250. Mudanças de atividades sociais	0	1	Gcbs250 __

PARA O ENTREVISTADOR: SOMAR PONTUAÇÃO DAS QUESTÕES 227 ATÉ 250: __ __

As afirmações abaixo se referem a algumas experiências de quando você era criança ou adolescente. Embora estas afirmações sejam de natureza pessoal, por favor, responda o mais sinceramente possível. Para cada afirmação, circule a resposta que melhor descreve o que você acha que ocorreu enquanto crescia. Se você desejar mudar sua resposta, coloque um X na antiga e circule a nova escolha.

Enquanto eu crescia...	Nunca	Poucas vezes	Às vezes	Muitas vezes	Sempre	
251. Eu não tive o suficiente para comer.	1	2	3	4	5	Gcbs251 __
252. Eu soube que havia alguém para me cuidar e proteger.	1	2	3	4	5	Gcbs252 __
253. As pessoas da minha família me chamaram de coisas do tipo "estúpido (a)", "preguiçoso (a)" ou "feio (a)".	1	2	3	4	5	Gcbs253 __
254. Meus pais estiveram muito bêbados ou drogados para poder cuidar da família.	1	2	3	4	5	Gcbs254 __
255. Houve alguém na minha família que ajudou a me sentir especial ou importante.	1	2	3	4	5	Gcbs255 __
256. Eu tive que usar roupas sujas.	1	2	3	4	5	Gcbs256 __
257. Eu me senti amado (a).	1	2	3	4	5	Gcbs257 __
258. Eu achei que meus pais preferiam que eu nunca tivesse nascido.	1	2	3	4	5	Gcbs258 __

Enquanto eu crescia...	Nunca	Poucas vezes	As vezes	Muitas vezes	Sempre	
259. Eu apanhei tanto de alguém da minha família que tive de ir ao hospital ou consultar um médico.	1	2	3	4	5	Gcbs259 __
260. Não houve nada que eu quisesse mudar na minha família.	1	2	3	4	5	Gcbs260 __
261. Alguém da minha família me bateu tanto que me deixou com machucados roxos.	1	2	3	4	5	Gcbs261 __
262. Eu apanhei com cinto, vara, corda ou outras coisas que machucaram.	1	2	3	4	5	Gcbs262 __
263. As pessoas da minha família cuidavam umas das outras.	1	2	3	4	5	Gcbs263 __
264. Pessoas da minha família disseram coisas que me machucaram ou me ofenderam.	1	2	3	4	5	Gcbs264 __
265. Eu acredito que fui maltratado (a) fisicamente.	1	2	3	4	5	Gcbs265 __
266. Eu tive uma ótima infância.	1	2	3	4	5	Gcbs266 __
267. Eu apanhei tanto que um professor, vizinho ou médico chegou a notar.	1	2	3	4	5	Gcbs267 __
268. Eu senti que alguém da minha família me odiava.	1	2	3	4	5	Gcbs268 __
269. As pessoas da minha família se sentiam unidas.	1	2	3	4	5	Gcbs269 __
270. Tentaram me tocar ou me fizeram tocar de uma maneira sexual.	1	2	3	4	5	Gcbs270 __
271. Ameaçaram me machucar ou contar mentiras sobre mim se eu não fizesse algo sexual.	1	2	3	4	5	Gcbs271 __
272. Eu tive a melhor família do mundo.	1	2	3	4	5	Gcbs272 __
273. Tentaram me forçar a fazer algo sexual ou assistir coisas sobre sexo.	1	2	3	4	5	Gcbs273 __
274. Alguém me molestou.	1	2	3	4	5	Gcbs274 __
275. Eu acredito que fui maltratado (a) emocionalmente.	1	2	3	4	5	Gcbs275 __
276. Houve alguém para me levar ao médico quando eu precisei.	1	2	3	4	5	Gcbs276 __
277. Eu acredito que fui abusado (a) sexualmente.	1	2	3	4	5	Gcbs277 __
278. Minha família foi uma fonte de força e apoio.	1	2	3	4	5	Gcbs278 __

Agora vamos lhe perguntar sobre o uso de algumas substâncias:

Na sua vida, qual (is) dessas substâncias você já usou? (SOMENTE USO NÃO-MÉDICO)	Não	Sim	
279. Derivados do tabaco (cigarros, charuto, cachimbo, fumo de corda...)	0	1	Gcbs279 ___
280. Bebidas alcoólicas (cerveja, vinho, destilados como pinga, uísque, vodka, vermutes...)	0	1	Gcbs280 ___
281. Maconha (baseado, erva, haxixe...)	0	1	Gcbs281 ___
282. Cocaína, crack (pó, pedra, branquinha, nuvem...)	0	1	Gcbs282 ___
283. Estimulantes como anfetaminas ou ecstasy (bolinhas, rebites...)	0	1	Gcbs283 ___
284. Inalantes (cola de sapateiro, cheirinho-da-loló, tinta, gasolina, éter, lança-perfume, benzina...)	0	1	Gcbs284 ___
285. Hipnóticos/sedativos (remédios para dormir: diazepam, lorazepam, lorax, dienpax, rohypnol).	0	1	Gcbs285 ___
286. Drogas alucinógenas (como LSD, ácido, chá-de-lirio, cogumelos...)	0	1	Gcbs286 ___
287. Opióides (heroína, morfina, metadona, codeína...)	0	1	Gcbs287 ___
288. Outras, Especificar: _____	0	1	Gcbs288 ___

SE NÃO PARA TODAS SUBSTÂNCIAS ACIMA, PULAR PARA QUESTÃO 349

Durante os três últimos meses, com que frequência você teve um forte desejo ou urgência em consumir? (Primeira droga, depois a segunda droga, etc...)	Nunca	1 ou 2 vezes	Mensalmente	Semanalmente	Diariamente ou quase todo dia	
289. Derivados do tabaco (cigarros, charuto, cachimbo, fumo de corda...)	0	1	2	3	4	Gcbs289 ___
290. Bebidas alcoólicas (cerveja, vinho, destilados como pinga, uísque, vodka, vermutes...)	0	1	2	3	4	Gcbs290 ___
291. Maconha (baseado, erva, haxixe...)	0	1	2	3	4	Gcbs291 ___
292. Cocaína, crack (pó, pedra, branquinha, nuvem...)	0	1	2	3	4	Gcbs292 ___
293. Estimulantes como anfetaminas ou ecstasy (bolinhas, rebites...)	0	1	2	3	4	Gcbs293 ___
294. Inalantes (cola de sapateiro, cheirinho-da-loló, tinta, gasolina, éter, lança-perfume, benzina...)	0	1	2	3	4	Gcbs294 ___
295. Hipnóticos/sedativos (remédios para dormir: diazepam, lorazepam, lorax, dienpax, rohypnol).	0	1	2	3	4	Gcbs295 ___
296. Drogas alucinógenas (como LSD, ácido, chá-de-lirio, cogumelos...)	0	1	2	3	4	Gcbs296 ___
297. Opióides (heroína, morfina, metadona, codeína...)	0	1	2	3	4	Gcbs297 ___
298. Outras, Especificar: _____	0	1	2	3	4	Gcbs298 ___

Durante os três últimos meses, com que frequência você utilizou essa(s) substância(s) que mencionou? (Primeira droga, depois a segunda droga, etc)	Nunca	1 ou 2 vezes	Mensalmente	Semanalmente	Diariamente ou quase todo dia	
299. Derivados do tabaco (cigarros, charuto, cachimbo, fumo de corda...)	0	1	2	3	4	Gcbs299 __
300. Bebidas alcoólicas (cerveja, vinho, destilados como pinga, uísque, vodka, vermutes...)	0	1	2	3	4	Gcbs300 __
301. Maconha (baseado, erva, haxixe...)	0	1	2	3	4	Gcbs301 __
302. Cocaína, crack (pó, pedra, branquinha, nuvem...)	0	1	2	3	4	Gcbs302 __
303. Estimulantes como anfetaminas ou ecstasy (bolinhas, rebites...)	0	1	2	3	4	Gcbs303 __
304. Inalantes (cola de sapateiro, cheirinho-da-loló, tinta, gasolina, éter, lança-perfume, benzina...)	0	1	2	3	4	Gcbs304 __
305. Hipnóticos/sedativos (remédios para dormir: diazepam, lorazepam, lorax, dienpax, rohypnol).	0	1	2	3	4	Gcbs305 __
306. Drogas alucinógenas (como LSD, ácido, chá-delírio, cogumelos...)	0	1	2	3	4	Gcbs306 __
307. Opióides (heroína, morfina, metadona, codeína...)	0	1	2	3	4	Gcbs307 __
308. Outras, Especificar: _____	0	1	2	3	4	Gcbs308 __

SE NUNCA USOU NOS ÚLTIMOS TRÊS MESES, PULAR PARA 349

Durante os três últimos meses, com que frequência o seu consumo de (Primeira droga, depois a segunda droga, etc) quase todo dia resultou em problema de saúde, social, legal ou financeiro?	Nunca	1 ou 2 vezes	Mensalmente	Semanalmente	Diariamente ou quase todo dia	
309. Derivados do tabaco (cigarros, charuto, cachimbo, fumo de corda...)	0	1	2	3	4	Gcbs309 __
310. Bebidas alcoólicas (cerveja, vinho, destilados como pinga, uísque, vodka, vermutes...)	0	1	2	3	4	Gcbs310 __
311. Maconha (baseado, erva, haxixe...)	0	1	2	3	4	Gcbs311 __
312. Cocaína, crack (pó, pedra, branquinha, nuvem...)	0	1	2	3	4	Gcbs312 __
313. Estimulantes como anfetaminas ou ecstasy (bolinhas, rebites...)	0	1	2	3	4	Gcbs313 __
314. Inalantes (cola de sapateiro, cheirinho-da-loló, tinta, gasolina, éter, lança-perfume, benzina...)	0	1	2	3	4	Gcbs314 __
315. Hipnóticos/sedativos (remédios para dormir: diazepam, lorazepam, lorax, dienpax, rohypnol).	0	1	2	3	4	Gcbs315 __
316. Drogas alucinógenas (como LSD, ácido, chá-delírio, cogumelos...)	0	1	2	3	4	Gcbs316 __
317. Opióides (heroína, morfina, metadona, codeína...)	0	1	2	3	4	Gcbs317 __
318. Outras, Especificar: _____	0	1	2	3	4	Gcbs318 __

Durante os três últimos meses, com que frequência por causa do seu uso de (Primeira droga, depois a segunda droga, etc) você deixou de fazer coisas que quase todo dia eram normalmente esperadas por você?	Nunca	1 ou 2 vezes	Mensalmente	Semanalmente	Diariamente ou quase todo dia	
319. Derivados do tabaco (cigarros, charuto, cachimbo, fumo de corda...)	0	1	2	3	4	Gcbs319 __
320. Bebidas alcoólicas (cerveja, vinho, destilados como pinga, uísque, vodka, vermouths...)	0	1	2	3	4	Gcbs320 __
321. Maconha (baseado, erva, haxixe...)	0	1	2	3	4	Gcbs321 __
322. Cocaína, crack (pó, pedra, branquinha, nuvem...)	0	1	2	3	4	Gcbs322 __
323. Estimulantes como anfetaminas ou ecstasy (bolinhas, rebites...)	0	1	2	3	4	Gcbs323 __
324. Inalantes (cola de sapateiro, cheirinho-da-loló, tinta, gasolina, éter, lança-perfume, benzina...)	0	1	2	3	4	Gcbs324 __
325. Hipnóticos/sedativos (remédios para dormir: diazepam, lorazepam, lorax, dienpax, rohypnol).	0	1	2	3	4	Gcbs325 __
326. Drogas alucinógenas (como LSD, ácido, chá-de-lírio, cogumelos...)	0	1	2	3	4	Gcbs326 __
327. Opióides (heroína, morfina, metadona, codeína...)	0	1	2	3	4	Gcbs327 __
328. Outras, Especificar: _____	0	1	2	3	4	Gcbs328 __

Há amigos, parentes ou outra pessoa que tenha demonstrado preocupação com seu uso de (Primeira droga, depois a segunda droga, etc)?	NÃO, nunca	SIM, mas não nos últimos 3 meses	SIM, nos últimos três meses	
329. Derivados do tabaco (cigarros, charuto, cachimbo, fumo de corda...)	0	1	2	Gcbs329 __
330. Bebidas alcoólicas (cerveja, vinho, destilados como pinga, uísque, vodka, vermouths...)	0	1	2	Gcbs330 __
331. Maconha (baseado, erva, haxixe...)	0	1	2	Gcbs331 __
332. Cocaína, crack (pó, pedra, branquinha, nuvem...)	0	1	2	Gcbs332 __
333. Estimulantes como anfetaminas ou ecstasy (bolinhas, rebites...)	0	1	2	Gcbs333 __
334. Inalantes (cola de sapateiro, cheirinho-da-loló, tinta, gasolina, éter, lança-perfume, benzina...)	0	1	2	Gcbs334 __
335. Hipnóticos/sedativos (remédios para dormir: diazepam, lorazepam, lorax, dienpax, rohypnol).	0	1	2	Gcbs335 __
336. Drogas alucinógenas (como LSD, ácido, chá-de-lírio, cogumelos...)	0	1	2	Gcbs336 __
337. Opióides (heroína, morfina, metadona, codeína...)	0	1	2	Gcbs337 __
338. Outras, Especificar: _____	0	1	2	Gcbs338 __

Alguma vez você já tentou controlar, diminuir ou parar o uso de (Primeira droga, depois a segunda droga, etc)?	NÃO, nunca	SIM, mas não nos últimos 3 meses	SIM, nos últimos três meses	
339. Derivados do tabaco (cigarros, charuto, cachimbo, fumo de corda...)	0	1	2	Gcbs339 __
340. Bebidas alcoólicas (cerveja, vinho, destilados como pinga, uísque, vodka, vermouths...)	0	1	2	Gcbs340 __
341. Maconha (baseado, erva, haxixe...)	0	1	2	Gcbs341 __
342. Cocaína, crack (pó, pedra, branquinha, nuvem...)	0	1	2	Gcbs342 __
343. Estimulantes como anfetaminas ou ecstasy (bolinhas, rebites...)	0	1	2	Gcbs343 __
344. Inalantes (cola de sapateiro, cheirinho-da-loló, tinta, gasolina, éter, lança-perfume, benzina...)	0	1	2	Gcbs344 __
345. Hipnóticos/sedativos (remédios para dormir: diazepam, lorazepam, lorax, dienpax, rohypnol...)	0	1	2	Gcbs345 __
346. Drogas alucinógenas (como LSD, ácido, chá-de-irio, cogumelos...)	0	1	2	Gcbs346 __
347. Opióides (heroína, morfina, metadona, codeína...)	0	1	2	Gcbs347 __
348. Outras, Especificar: _____	0	1	2	Gcbs348 __
349. Alguma vez você já usou drogas por injeção? (Apenas uso não-médico)?	NÃO, nunca	SIM, mas não nos últimos 3 meses	SIM, nos últimos três meses	
	0	1	2	Gcbs349 __

PARA O ENTREVISTADOR: SOMAR PONTUAÇÃO DE CADA SUBSTÂNCIA DAS QUESTÕES 289 ATÉ 349: __ __

Por fim, vamos falar sobre a sua casa e sobre as pessoas que moram com você:

Na sua casa tem:

	Quantidade de itens					
350. Televisão em cores	0	1	2	3	4 ou +	
351. Rádio	0	1	2	3	4 ou +	
352. Banheiro	0	1	2	3	4 ou +	Gcbs350 __
353. Empregados domésticos	0	1	2	3	4 ou +	Gcbs351 __
354. Automóveis	0	1	2	3	4 ou +	Gcbs352 __
355. Microcomputador	0	1	2	3	4 ou +	Gcbs353 __
356. Lava Louça	0	1	2	3	4 ou +	Gcbs354 __
357. Geladeira	0	1	2	3	4 ou +	Gcbs355 __
358. Freezer	0	1	2	3	4 ou +	Gcbs356 __
359. Lava Roupa	0	1	2	3	4 ou +	Gcbs357 __
360. Videocassete e/ou DVD	0	1	2	3	4 ou +	Gcbs358 __
361. Microondas	0	1	2	3	4 ou +	Gcbs359 __
362. Motocicleta	0	1	2	3	4 ou +	Gcbs360 __
363. Secadora de Roupa	0	1	2	3	4 ou +	Gcbs361 __

364. Você tem água encanada em casa? (0) Não(1) Sim

365. Rua pavimentada (entrevistador observar)? (0) Não(1) Sim

366. Você trabalha em casa para fora ou trabalha fora de casa? (0) Não(1) Sim

Gcbs363 __

Gcbs364 __

Gcbs365 __

367. Além de você, quantas pessoas moram na sua casa? ____ pessoas

Gcbs366 ____

368. No mês passado, quanto receberam as pessoas que moram na casa, incluindo você?

Gcbs367 ____

a) Pessoa 1 _____ reais

b) Pessoa 2 _____ reais

c) Pessoa 3 _____ reais

d) Pessoa 4 _____ reais

e) Pessoa 5 e 6 (se mais pessoas somar as rendas dos últimos) _____ reais

Gcbs368a ____

Gcbs368b ____

Gcbs368c ____

Gcbs368d ____

Gcbs368e ____

369. Você recebe bolsa família? (0) Não(1) Sim

370. Até que série o/a chefe (pessoa com maior renda) da família completo u na escola? ____ série ____ grau

Gcbs369 ____

371. O chefe da família é (que você considera)?

Gcbs370a ____

Gcbs370b ____

(0) mulher(1) homem (2) ambos

Você pretende se mudar? (0) Não (1) Sim

Gcbs371 ____

SE SIM, Provável novo endereço:

Tem algum outro telefone, de parentes próximos para que possamos entrar em contato com você?
