

Título: Psicoterapia para depressão: caminhos para saúde

Equipe de Pesquisa: Luciano Dias de Mattos Souza, Karen Jansen, Ricardo Azevedo da Silva, Fernanda Pedrotti Moreira, Amanda Rodrigues Fialho, Carolina Scaine, Thais Nery

Agosto: início dos treinamentos

Ao longo de todo período de vigência da bolsa: Avaliação psicológica, coleta e organização de dados, revisão de literatura, participação das reuniões semanais de equipe

*Participação em pelo menos um evento de iniciação científica, além do Salão Universitário da UCPel

RESUMO

O transtorno depressivo maior (TDM) é um importante problema de saúde pública e causa relevantes prejuízos sociais no contexto mundial e brasileiro. O tratamento em Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) é considerada intervenção de primeira escolha por apresentarem evidências de melhora da sintomatologia depressiva. Estudos internacionais sugerem que a TCC na modalidade de atendimento online apresenta resultados semelhantes e, potencialmente superiores, para redução de sintomas depressivos no tratamento do TDM. Contudo, não existem estudos nacionais sobre a aplicabilidade da TCC online como tratamento do TDM e nem mesmo publicações que relatam os efeitos da TCC sob aspectos promotores de saúde, como funcionamento e estilo de vida saudável. Da mesma forma, a psicoterapia psicodinâmica, é uma abordagem tradicional de psicoterapia, disponível para o tratamento dos transtornos depressivos que apresentam grande familiaridade teórica nas formações em saúde mental e seu modelo de intervenção de tempo limitado, a Psicoterapia Dinâmica Suportivo-Expressiva (PDSE), demonstra resultados bem sucedidos. Contudo, relatos sobre a aplicação de tal modalidade de tratamento online e seu impacto em variáveis biológicas são escassos. Dessa forma, o presente estudo visa avaliar a eficácia de diferentes abordagens de intervenção em psicoterapia (Terapia Cognitivo Comportamental e Psicoterapia Dinâmica Suportivo-expressiva Breve) nas modalidades (presencial e online) para distintos desfechos em saúde (redução de sintomas, promoção de funcionalidade e estilo de vida saudável, níveis séricos de marcadores inflamatórios, perfil da microbiota intestinal, atividade diária e parâmetros

do sono). Para tal, é proposta a realização de ensaio clínico randomizado com pessoas com o diagnóstico de TDM residentes na cidade de Pelotas-RS. Após confirmação diagnóstica e verificação de critérios de elegibilidade, os participantes preencherão instrumentos de avaliação das medidas de interesse do presente estudo: funcionamento; estilo de vida saudável; sintomas depressivos e sintomas ansiosos. Em seguida, serão randomizados em uma de duas abordagens possíveis (TCC ou PDSE) e posteriormente, randomizados novamente em relação à modalidade de tratamento (presencial ou online). Ao término das intervenções os participantes serão reavaliados através das mesmas medidas a fim de verificar os objetivos do presente estudo. Espera-se que esta investigação contribua com a produção de informações confiáveis sobre os efeitos das psicoterapias breves na modalidade online e presencial, bem como aspectos promotores de saúde.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	3
OBJETIVO PRIMÁRIO	9
OBJETIVOS SECUNDÁRIOS	9
HIPÓTESES	10
MÉTODO	12
Delineamento	12
Participantes	12
Critérios de elegibilidade	13
Critérios de exclusão	13
Tamanho amostral	13
Randomização e cegamento	14
Modelos de intervenção de acordo com a abordagem	14
Terapia Cognitivo Comportamental	14
Diferenças das modalidades TCC face a face e TCC online	17
Psicoterapia Dinâmica Suportivo-Expressiva	18
Diferenças das modalidades PDSE face a face ou PDSE online	19
Medidas	19
Questionário de recrutamento online	20
Avaliação inicial presencial	21
Avaliação inicial e final do ensaio de modelos TCC e PDSE	22
Avaliação inicial e final do ensaio de modelos PDSE	25
Avaliação inicial e final do ensaio de modelos TCC	29
Seleção e treinamento	31
Aspectos éticos	31
Riscos	32
Benefícios	33
Metodologia de análise de dados	33
Desfecho primário	34
Desfecho secundário	34
CRONOGRAMA	35
ORÇAMENTO	36
REFERÊNCIAS	37

INTRODUÇÃO

O transtorno depressivo maior (TDM) é caracterizado pelo estado de humor deprimido ou perda de interesse ou prazer em atividades cotidianas por pelo menos duas semanas incluindo outros sintomas como alterações de sono, apetite, energia e funcionamento cognitivo (1). Estima-se que a prevalência de TDM no último ano seja de 7,2% (2). Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), cerca de 300 milhões de pessoas são afetadas pelo TDM com substancial impacto econômico individual e social (3). A pandemia do coronavírus, iniciada no Brasil em março de 2020, agravou tal cenário elevando a proporção de sintomas depressivos na população geral (4).

O funcionamento global do indivíduo diagnosticado com TDM é prejudicado, mesmo em eutimia (5). Uma revisão sistemática recente mostrou que sintomas depressivos residuais estão associados ao prejuízo funcional global avaliado através da Functional Assessment Short Test (FAST) em pacientes com transtornos de humor, sendo o domínio ocupacional o mais afetado, seguido pelo domínio cognitivo (6). Adicionalmente, no TDM o prejuízo funcional global, assim como os subdomínios: ocupacional, lazer e cognitivo foram associados a déficits nas funções executivas são potencialmente permanentes (7). Tal impacto dificulta o processo de auto-regulação, importante para gerir emoções, pensamentos e ações em diversas áreas da vida dos indivíduos, como no trabalho ou em eventos cotidianos. Ainda, essas consequências costumam ser percebidas em uma extensão muito maior pelos pacientes do que pelos profissionais da saúde (5).

Diferentes perspectivas teóricas relacionam a expressão dos sintomas depressivos do TDM com um estilo de vida não saudável. Evidências sobre a neurociência do TDM indicam sua associação com modulações de vias envolvidas na inflamação, estresse oxidativo, epigenética, disfunção mitocondrial, microbiota intestinal, metabolismo triptofano-quinurenina, eixo HPA, neurogênese e BDNF, epigenética e obesidade (8). De forma complementar, o mais recente modelo unificado da depressão proposto por Aaron Beck (9), leva em consideração na proposição da construção de um modelo depressivo de funcionamento fatores distais, mediacionais e proximais para incidência do transtorno. Neste modelo, as crenças depressogênicas (triade cognitiva negativista) seria inicialmente resultante, e posteriormente reforçadora, em um processo de desenvolvimento no qual características genéticas

somadas a ocorrência de eventos traumáticos precoces potencializam a criação de vieses de processamento de informação e prejuízos cognitivos específicos (atenção, memória e estilo atributivo), bem como uma maior reatividade biológica ao estresse. Assim, esquemas cognitivos desadaptativos seriam reforçados e mantidos também em resposta inflamatória associada a desregulações monoaminérgicas e glutamatérgicas (9; 10), bem como os comportamentos disfuncionais relacionados ao estado de humor depressivo como sedentarismo (11), dieta rica em carne vermelha/processada, gorduras e doces assim como baixa ingestão de frutas e vegetais (12), abuso de álcool e substâncias (13), maior tempo de tela (14), prejuízos no sono (15), redução de atividades de lazer e vida social (16). Corroborando tais achados, estudo de metanálise sobre os fatores de risco para o desenvolvimento do TDM ao longo da vida indicou que a ocorrência de problemas metabólicos é um dos fatores de maior influência para a incidência de TDM (17). Outra perspectiva teórica relacionada à expressão dos sintomas depressivos do TDM, que engloba um estilo de vida não saudável, é a violência por parceiro íntimo (VPI), sendo a maioria das vítimas mulheres. Segundo uma revisão sistemática e meta-análise, que determinaram a prevalência de violência doméstica, seus tipos e fatores associados, as mulheres com um estado mental não saudável eram duas vezes mais propensas a sofrer violência doméstica do que as mulheres com um estado mental saudável (18). Além disso, em um estudo realizado pela ONU relatou uma associação moderada ou forte entre violência por parceiro íntimo (VPI) e depressão, sugerindo que mulheres vítimas de VPI possuem cerca de três vezes mais risco de desenvolverem sintomas de depressão (19). Sendo assim, um modelo breve de psicoterapia pode ser a melhor intervenção para tratar essas mulheres vítimas de VPI e possibilitar a superação deste modelo de relação.

Diretrizes clínicas sinalizam que as psicoterapias são estratégias de tratamento efetivas para o TDM, tanto de forma complementar às intervenções farmacológicas quanto administradas de forma independente para a redução de sintomas depressivos (20; 21) e inclusive com melhora de marcadores inflamatórios (22; 23). A Terapia Cognitivo Comportamental (TCC) é considerada como tratamento de primeira linha para o TDM (24). A TCC auxilia o paciente a identificar crenças irracionais e, através da aprendizagem de técnicas e habilidades específicas, substituir estas crenças por cognições mais adaptativas que resultam em comportamentos mais funcionais (25;

26). Assim, da perspectiva teórica da TCC, através de modificações na forma de pensar e compreender a vida, o indivíduo apresentaria alteração de seus comportamentos, facilitando um estilo de vida mais saudável. Contudo, o papel mediador das alterações de esquemas cognitivos, reestruturação cognitiva, não é completamente evidenciado (27; 28; 29). Ser mais jovem, apresentar maior severidade no início do tratamento, formato de psicoterapia individual e não uso de antidepressivos são considerados moderadores reconhecidos para o tratamento em TCC para TDM (30). Da mesma forma, os tratamentos em pacientes que estão em primeiro episódio depressivo podem ser considerados mais efetivos ao diminuírem as chances de recaídas em médio prazo em função de um melhor funcionamento cognitivo deste em relação aos indivíduos com TDM recorrente (31; 32).

Além da TCC, a psicoterapia psicodinâmica é outra abordagem de intervenção disponível para o tratamento dos transtornos depressivos (22-26) que apresentam grande familiaridade teórica nas formações em saúde mental (33) e seu modelo de intervenção de tempo limitado, a Psicoterapia Dinâmica Suportivo-Expressiva (PDSE), sucedidos (27). Para avaliar a efetividade da psicoterapia psicodinâmica é necessário avaliar os fenômenos e conceitos sob os quais se apoiam essa modalidade terapêutica. Sendo assim, é necessário verificar as características do processo, do paciente e do terapeuta que possibilitam a efetividade terapêutica. Com este objetivo, neste projeto serão avaliadas as relações de objeto, as defesas psicológicas, a organização da personalidade, a empatia e efeitos contratransferenciais. Estudos mostram os benefícios da terapia psicodinâmica breve não apenas permanecem, mas também aumentam com o tempo, mesmo após o término do tratamento (25,28,29) e acompanhamento de médio e longo prazo (25,29). Resultado de um destes estudos com psicoterapia dinâmica constatou reduções significativas dos sintomas depressivos, e aumento das capacidades mentais, o que permitiu o amadurecimento dos pacientes ao longo dos anos (28).

O grupo de pesquisa proponente participou da execução de ensaios clínicos que avaliaram a eficácia da TCC em curto e médio prazo no contexto nacional (22; 23; 34-41). Tanto o modelo de 8 sessões quanto o protocolo com 16 sessões apresentaram-se como intervenções adequadas para o tratamento da depressão na redução de sintomas depressivos. Apesar de as intervenções apresentarem

características que as tornam exequíveis aos tratamentos oferecidos pelo sistema público de saúde, chama atenção o elevado número de abandonos nos tratamentos oferecidos em TCC e PDSE na modalidade face-a-face (presencial) de forma gratuita (42).

Dessa forma, a TCC online se utiliza de plataformas online para aumentar a viabilidade da aplicação, minimizando potenciais limitações e barreiras do tratamento presencial (43; 44). Recente estudo de metanálise sinaliza que a TCC online apresentou maior efetividade para a redução de sintomas depressivos em pacientes com TDM do que as intervenções face a face (45). Da mesma forma, a revisão ainda ressalta que os níveis de satisfação com o tratamento não diferiram entre as modalidades presenciais e online. No que tange aos resultados da PDSE online, esta demonstra redução de sintomas depressivos, ansiosos e melhora em estressores psicossociais (30) com resultados semelhantes ao modelo presencial (31) para populações com múltiplos diagnósticos. Até o momento, não foram encontrados estudos específicos com pacientes diagnosticados com TDM.

A pandemia de coronavírus provocou aumento no uso de tecnologias e necessidade de adaptação dos profissionais de saúde ao contexto dos teleatendimentos em saúde mental. Contudo, são escassos os estudos nacionais que avaliam o efeito da aplicação de intervenções em saúde mental na modalidade online. Recentemente, o Governo Federal anunciou incentivo para ampliar a assistência às pessoas com transtornos mentais leves através do teleatendimento (46). No mesmo sentido, o presente projeto busca identificar a eficiência de tal modalidade de intervenção para um problema de saúde mental altamente prevalente como o TDM, visto que barreiras importantes ainda dificultam a aplicação de intervenções online no sistema público de saúde (47).

Como já mencionado na presente proposta, o TDM está associado a disregulações neurofisiopatológicas importantes que acarretam desequilíbrios metabólicos, alimentares e funcionais. Atualmente, várias conexões potenciais entre a microbiota intestinal e a depressão estão sendo discutidas. Isso ocorre pelo fato de que a microbiota intestinal pode ajudar a modular a homeostase e o comportamento, através da comunicação química com o sistema nervoso, através do nervo vago. Dessa forma, a microbiota intestinal pode modular o desenvolvimento e a função do sistema

nervoso e este, por sua vez, interage com as bactérias do intestino por meio de vias neuroimunes e neuroendócrinas, por exemplo (48). Os microorganismos intestinais são capazes de sintetizar os próprios neurotransmissores levando a indução da produção de neurotransmissores. Por exemplo, vários microorganismos (como *Lactobacillus* spp. e *Bifidobacterium* spp.) são conhecidos por produzir o neurotransmissor ácido γ -aminobutírico (GABA), e outras (como *Streptococcus* spp., *Candida* spp., *Enterococcus* spp., *Escherichia* spp) são importantes na produção do neurotransmissor serotonina (5-hidroxitriptamina (5-HT)) (49,50).

Em geral, as mudanças taxonômicas nas bactérias estiveram ligadas a um estado pró-inflamatório, com redução das bactérias anti-inflamatórias (*Faecalibacterium*, Firmicutes e *Prevotella*) e aumento das pró-inflamatórias (*Bacteroidetes*, *Eggerthella* e gama proteobactérias). Dentro do grupo de bactérias anti-inflamatórias, as bactérias produtoras de ácidos graxos de cadeia curta (AGCC) mostram-se reduzidas em sujeitos com depressão (por exemplo, *Faecalibacterium* e *Prevotella*) (51, 52). Consequentemente, amostras fecais de pacientes com depressão continham níveis mais baixos de AGCC totais em comparação com controles saudáveis (53). Os AGCC são lipídios produzidos por microorganismos intestinais através da fermentação de fibra alimentar que pode atuar no sistema nervoso central (SNC) regulando a neuroplasticidade, expressão epigenética e gênica, e o sistema imunológico. Na fisiopatologia da depressão, a sua produção exerce influência na estimulação do nervo vago, maturação da micróglia e produção de fator neurotrófico derivado do cérebro (BDNF), por exemplo. Em um estudo pré-clínico, o BDNF mostrou-se elevado em camundongos por administração aguda e exógena de butirato de sódio, um dos AGCC. Além disso, a administração crônica de butirato de sódio exógeno durante 28 dias resultou em diminuição significativa nos comportamentos do tipo depressivo em camundongos (54). A importância dos AGCC é apoiada por diferentes ensaios clínicos, onde após a ingestão de probióticos, incluindo cepas produtoras de AGCC, pacientes com depressão experimentaram uma redução nos sintomas depressivos, e indivíduos saudáveis relataram melhora do humor e da cognição (51). Além disso, embora a fermentação de fibras desempenhe um papel essencial na modulação da fisiologia e composição da microbiota intestinal, os AGCC também afetam a saúde do hospedeiro por mecanismos relacionados à função de

barreira intestinal, homeostase da glicose, imunomodulação e obesidade (55). Assim, a microbiota intestinal desempenha um papel crítico na manutenção da homeostase e da saúde durante toda a vida. Por outro lado, um desequilíbrio na composição ecológica da microbiota intestinal, muitas vezes denominado disbiose, podendo estar associado a distúrbios metabólicos que envolvem a homeostase da glicose, como a síndrome metabólica (SM). Estudos demonstram que sujeitos com depressão apresentam maior prevalência de SM (56, 57).

Tomados em conjunto, os fatores acima mencionados podem levar à inflamação local, o que prejudica a integridade epitelial do intestino. O aumento da permeabilidade intestinal pode aumentar a translocação da microbiota gram-negativa (lipopolissacarídeos (LPS)), estimular células da micróglia e produção de citocinas pró-inflamatórias em pacientes depressivos. Para identificar a permeabilidade intestinal tem sido utilizado a Zonulina e a proteína de ligação a ácidos graxos intestinais (FABP) (58). A zonulina é o principal regulador das junções apertadas endoteliais e epiteliais, modulando as barreiras intestinal e hematoencefálica. Ainda que escassos, alguns estudos têm demonstrado que essas proteínas parecem estar elevadas em pacientes com Parkinson, ansiedade e depressão (59, 60).

No entanto, a compreensão sobre o eixo cérebro-intestino é derivada em sua grande maioria de estudos pré-clínicos envolvendo animais, o que salienta a importância de pesquisas com seres humanos. Além disso, embora a literatura apresente ensaios clínicos demonstrando a eficácia do uso de alguns probióticos para o tratamento da depressão (61), através da modulação da microbiota intestinal, até o momento não foram identificados na literatura estudos que avaliassem o impacto da psicoterapia no perfil da microbiota intestinal.

OBJETIVO PRIMÁRIO

Avaliar a eficácia de diferentes abordagens de intervenção em psicoterapia (Terapia Cognitivo Comportamental e Psicoterapia Dinâmica Suportivo-expressiva Breve) nas modalidades (presencial e online) para distintos desfechos em saúde (redução de sintomas, promoção de funcionalidade e estilo de vida saudável, níveis séricos de marcadores inflamatórios (IL-6, TNF- α , e de BDNF), perfil da microbiota intestinal, atividade diária e parâmetros do sono).

OBJETIVOS SECUNDÁRIOS

- Verificar o efeito da TCC na melhora do funcionamento e estilo de vida saudável, bem como redução de sintomas depressivos, em adultos com transtorno depressivo.
- Comparar a efetividade dos modelos de intervenção presencial e online da TCC para melhora do funcionamento e estilo de vida saudável, bem como redução de sintomas depressivos, em adultos com transtorno depressivo.
- Avaliar o efeito dos esquemas iniciais desadaptativos (EIDs) na resposta terapêutica de psicoterapias breves para transtorno depressivo.
- Avaliar a eficácia de psicoterapias breves no formato presencial e online na melhora de EIDs entre sujeitos com transtorno depressivo.
- Avaliar o efeito dos transtornos de personalidade na resposta terapêutica em TCC para transtorno depressivo.
- Comparar a efetividade da Psicoterapia Dinâmica Suportivo-expressiva Breve (PDSE) presencial face-a-face e online no amadurecimento dos mecanismos de defesa e seus efeitos na remissão dos sintomas depressivos e nas características dos transtornos de personalidade
- Verificar o efeito da PDSE na melhora do funcionamento e estilo de vida saudável, bem como redução de sintomas depressivos, em adultos com transtorno depressivo.
- Avaliar o sofrimento geral, desconforto subjetivo, relacionamento interpessoal e desempenho do papel social (OQ-45) de pacientes deprimidos nos modelos de Psicoterapia Psicodinâmica Suportivo-expressiva Breve (PDSE) face a face e online.

- Comparar a efetividade dos modelos de intervenção presencial e online da PDSE para melhora do funcionamento e estilo de vida saudável, bem como redução de sintomas depressivos, em adultos com transtorno depressivo.
- Comparar o desenvolvimento terapêutico dos modelos face a face e online de Psicoterapia Dinâmica Suportivo-expressiva Breve (PDSE) através das variáveis: Aliança Terapêutica; Efeitos contratransferenciais; e Empatia.
- Comparar a efetividade da Psicoterapia Dinâmica Suportivo-expressiva Breve (PDSE) presencial face-a-face e online no amadurecimento dos mecanismos de defesa e seus efeitos na remissão dos sintomas depressivos e nas características dos transtornos de personalidade.
- Analisar o efeito da aliança terapêutica e da contratransferência como mediadores da relação entre o tipo de atendimento (presencial ou online) e a intensidade dos sintomas depressivos ao final do tratamento.
- Avaliar o impacto da qualidade das relações objetais na redução dos sintomas depressivos na PDSE face-a-face e online.
- Verificar a resposta ao tratamento dos modelos face a face e online de Psicoterapia Dinâmica Suportivo-expressiva Breve (PDSE) e Terapia Cognitivo Comportamental em mulheres vítimas de violência por parceiro íntimo
- Avaliar o impacto das intervenções psicoterapêuticas (TCC e PDSE) nos níveis séricos de marcadores inflamatórios (IL-6, TNF- α , e de BDNF) e no perfil da microbiota intestinal em adultos com transtorno depressivo.
-

HIPÓTESES

- As intervenções de TCC e PDSE são estratégias promotoras de melhora no funcionamento (+50%) e estilo de vida saudável (+5%) em adultos com TDM.
- As intervenções online são tão efetivas quanto as intervenções presenciais para promoção de melhora no funcionamento e estilo de vida saudável.
- Sujeitos que apresentarem EIDs do primeiro domínio (desconexão e rejeição; privação emocional; abandono; desconfiança/abuso; isolamento/alienação e

defectividade/vergonha) apresentam uma menor efetividade na resposta terapêutica de psicoterapias breves para transtorno depressivo.

- Sujeitos que participaram de psicoterapia breve no formato presencial apresentam uma redução do número de EIDs.
- Sujeitos que apresentarem traços de personalidade neuroticismo apresentam uma menor resposta terapêutica na psicoterapia breve para transtorno depressivo.
- A intervenção presencial será tão efetiva quanto a intervenção online para o amadurecimento das defesas, redução dos sintomas depressivos e funcionamento da personalidade.
- Alterações no funcionamento e no estilo de vida dos pacientes serão moderadas pelo número de sessões realizadas e mediadas pela alteração das crenças irracionais.
- A intervenção presencial será tão efetiva quanto a intervenção online na PDSE, na melhora do funcionamento e estilo de vida saudável em adultos com transtorno depressivo.
- Os pacientes apresentarão melhora clinicamente significativa em todos os domínios de acordo com todo instrumento OQ-45 em todos os seus domínios (Escore Total, Desconforto Subjetivo, Relacionamento Interpessoal e Desempenho do Papel Social) em ambos os modelos terapêuticos, quando comparados os escores iniciais e do pós-tratamento em ambos os modelos terapêuticos.
- Os modelos face a face e online de PDSE não apresentarão diferenças significativas comparando as variáveis que avaliam o desenvolvimento do processo terapêutico.
- A intervenção presencial será tão efetiva quanto a intervenção online para o amadurecimento das defesas, redução dos sintomas depressivos e funcionamento da personalidade.
- Os pacientes com melhor qualidade em relações objetais apresentarão melhor resposta terapêutica nos dois modelos da PDSE
- Após as intervenções psicoterapêuticas haverá melhora na superação deste modelo de relação.

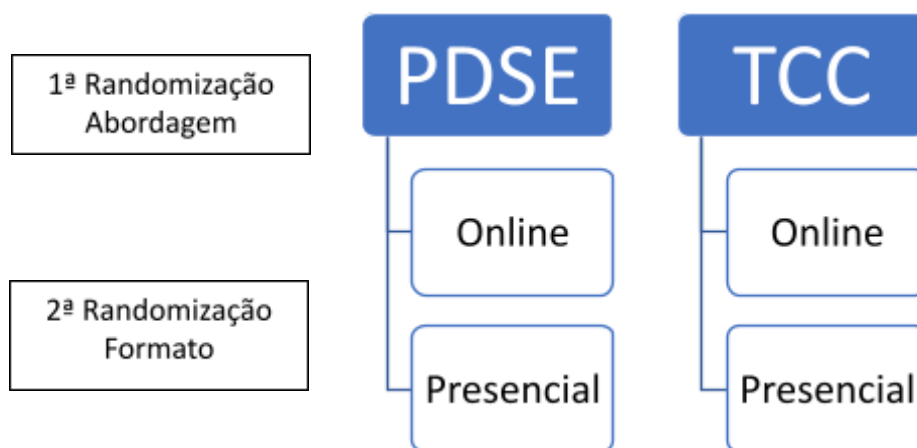
- Após as intervenções psicoterapêuticas há melhora nos marcadores inflamatórios IL-6, TNF-alfa e BDNF, bem como do perfil da microbiota intestinal, com aumento de bactérias produtoras de AGCC e redução dos níveis de permeabilidade intestinal, zonulina e FABP.

MÉTODO

Delineamento

O presente trabalho se caracteriza por ser um ensaio clínico randomizado fatorial (2x2) para seu objetivo de comparação das intervenções considerando sua abordagem (PDSE ou TCC) e formato (online ou presencial), conforme Figura 1.

Figura 1: Hierarquização dos fatores de randomização do ensaio clínico.



Participantes

O estudo será divulgado em diferentes mídias para recrutar pacientes com potencial diagnóstico de TDM. Inicialmente, os indivíduos interessados em participar do estudo preencherão um formulário online para realização de cadastro com informações de identificação (nome, idade, telefone para contato, e-mail e endereço residencial), e verificação inicial dos critérios de elegibilidade (Questionário de recrutamento). De posse das informações de interessados, a equipe de pesquisa entrará em contato para agendamento de avaliação presencial específica, a fim de confirmar a presença de critérios de elegibilidade e ausência de critérios de exclusão, bem como a realização da avaliação das medidas de interesse do presente estudo.: Functional Assessment Short Test (FAST) (62), Short Multidimensional Inventory

Lifestyle Evaluation (SMILE) (63), Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) (64), Generalized Anxiety Disorder Screener (GAD-7) (65), Young Schema Questionnaire (YSQ- S3) (66), Big Five Personality Inventory (BFI) (67), Outcome Questionnaire 45.2 (68) e questionário de qualidade da dieta (69).

Critérios de elegibilidade

- Ter 18 ou mais anos de idade;
- Residentes na zona urbana de Pelotas-RS;
- Ter acesso à internet e dispositivo eletrônico compatível com a plataforma virtual de atendimentos (Google Meet);
- Preencher critérios diagnósticos para episódio depressivo maior atual;

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;
- Apresentar diagnóstico de transtorno bipolar, esquizofrenia, déficit intelectual ou outro transtorno mental severo;
- Apresentar algum sintoma psicótico atual.

Tamanho amostral

A amostra do presente estudo será de conveniência. Em relação ao cálculo de tamanho da amostra, foram elaborados dois cálculos referentes às alterações que visam a promoção e saúde, considerando as medidas de antes e após o tratamento dos instrumentos SMILE e FAST.

Estimando a média de $80,95 \pm 8,16$ nos escores do instrumento SMILE que avalia estilo de vida antes do tratamento (52) e uma diferença de 10% para a medida pós-tratamento, um $\alpha = 0,05$ e $\beta = 0,20$ Seria necessária a participação de 34 indivíduos, sendo 17 em cada grupo. Prevendo a ocorrência de abandono de 54,4% ao longo do processo terapêutico (42), pretende-se contar com o recrutamento de 53 participantes para início do processo de intervenção em cada abordagem, totalizando 106 participantes.

De forma similar, estimando a média de $17,63 \pm 11,04$ nos escores do instrumento FAST que avalia funcionamento antes do tratamento (71) e uma diferença de 50% para a medida pós-tratamento, um $\alpha = 0,05$ e $\beta = 0,20$ Seria necessária a participação de 50 indivíduos, sendo 25 em cada grupo. Prevendo a ocorrência de abandono de 54,4% ao longo do processo terapêutico (42), pretende-se contar com o recrutamento de 77 participantes para início do processo de intervenção em cada abordagem, totalizando 154 participantes.

Randomização e cegamento

Aqueles participantes que apresentarem todos os critérios de elegibilidade e não apresentarem nenhum dos critérios de exclusão no formulário de recrutamento do estudo e realizarem a avaliação inicial ainda com tais características serão alocados através de sorteio aleatório em uma das abordagens em questão (PDSE ou TCC) e posteriormente outra randomização alocará o sujeito em um dos formatos de psicoterapia em estudo (online ou presencial).

As avaliações permaneceram de forma cega em relação à modalidade de tratamento na qual os participantes foram alocados. A mesma equipe de avaliação realizará a avaliação final sem conhecimento sobre qual o modelo terapêutico que cada participante obteve.

Modelos de intervenção de acordo com a abordagem

Terapia Cognitivo Comportamental

Os pacientes elegíveis receberão psicoterapia individual de 8 sessões, uma vez por semana, com cerca de cinquenta minutos de duração cada, em algum dos modelos de intervenção descritos abaixo, TCC presencial ou TCC online.

O conteúdo e a estrutura dos tratamentos em TCC oferecidos serão os mesmos. Tanto a TCC face a face quanto a TCC online compõem-se de 8 sessões estruturadas de acordo com a proposta de Aaron Beck. Em geral, cada sessão do presente modelo psicoterapêutico segue uma estrutura de sessão (72) que se inicia pela checagem do humor do paciente, seguida de uma retomada da sessão anterior, estabelecimento da agenda da sessão, revisão das tarefas de casa, discussão dos itens da agenda,

estabelecimento da tarefa de casa, resumo final e devolução. Cada sessão apresenta um objetivo específico conforme quadro abaixo.

Sessão	Objetivo
1	Formar aliança terapêutica e compreender caso
2	Psicoeducar sobre o modelo cognitivo e depressão
3	Aplicar do modelo cognitivo
4	Conceitualizar caso
5	Aplicar técnicas Cognitivas e/ou Comportamentais*
6	Aplicar técnicas Cognitivas e/ou Comportamentais*
7	Aplicar técnicas Cognitivas e/ou Comportamentais*
8	Finalizar tratamento e prevenir recaídas

Na primeira sessão, a terapeuta tem por objetivo conhecer o contexto de vida do paciente para que possa estabelecer uma boa aliança terapêutica e um roteiro para a primeira sessão. De forma objetiva, a terapeuta é estimulada a aplicar um instrumento de avaliação de sintomas depressivos (PHQ-9) e qualitativamente explorar a ocorrência de cada sintoma na rotina diária do paciente, bem como avaliar a intensidade e frequência com que ocorrem tais sintomas. Cabe ressaltar que estes escores não serão utilizados para análise de dados no presente estudo. Trata-se apenas de um recurso técnico para objetivar a identificação de problemas a serem resolvidos ao longo do processo terapêutico. Logo após, é realizada a técnica da Linha do tempo para que possam ser identificados ao longo da vida do paciente episódios depressivos anteriores ou situações de vida que possam ter se assemelhado a um episódio depressivo. Dessa forma, algum padrão de expressão de sintomas e eventualmente de melhora pode ser identificado. Ainda na primeira sessão se especificam objetivos específicos para o tratamento do paciente e expectativas do paciente em relação ao processo terapêutico. Ao final, oferecerá como tarefa de casa material psicoeducativo sobre o transtorno depressivo e a terapeuta realizará um resumo da sessão com objetivo de sintetizar as principais compreensões do caso. Ainda na primeira sessão o

paciente é estimulado a oferecer um feedback sobre como avaliou a psicoterapia na primeira sessão.

A segunda sessão tem estrutura semelhante. Inicia com breve atualização de vida do paciente. Logo após, realizar-se-á a verificação do humor de forma subjetiva na qual o paciente é estimulado a identificar retrospectivamente o pior momento de sua vida (descrevendo e caracterizando este período) e o melhor momento de sua vida (descrevendo e caracterizando este período). Então se propõe uma escala subjetiva de 0 a 100, onde 0 é o pior momento de sua vida e 100 o melhor momento e é solicitado ao paciente para dar uma nota entre 0 e 100 para sua última semana considerando estes dois extremos. Depois, se realiza uma breve ponte com a sessão anterior para recordar a sintetização dos principais pontos abordados na primeira sessão. Em seguida, se revisa a tarefa de casa e, como tópico da agenda, realiza-se a psicoeducação da depressão e do modelo cognitivo integrando os conteúdos da tarefa de casa e as situações de vida do paciente. Ao final, se oferece material psicoeducativo sobre o modelo cognitivo, se estimula o paciente a realizar o resumo da sessão e oferecer feedback sobre o tratamento.

A terceira sessão tem a mesma estrutura da segunda sessão, contudo, como revisão da tarefa de casa se abordará a compreensão do paciente sobre o modelo cognitivo e em seguida, como tópico da agenda, se realizará exercício de aplicação do modelo cognitivo em situação ou situações de vida específicas na vida do paciente que se relacionem com a expressão de seus sintomas depressivos. Como tarefa de casa, é prescrito a realização de exercício de automonitoramento através do preenchimento de registro de pensamentos disfuncionais relacionados aos sintomas depressivos experimentados ao longo da semana.

Na quarta sessão, a mesma estrutura das sessões 2 e 3 são respeitadas, com o objetivo de compreender a aplicação do modelo cognitivo para situações específicas relacionadas a expressão dos sintomas depressivos do paciente e, principalmente, identificar e compreender vieses cognitivos relacionados ao funcionamento depressivo através da realização da conceitualização cognitiva do caso.

Uma vez que o funcionamento desadaptativo do paciente foi identificado, nas sessões 5, 6 e 7 preveem aplicações das técnicas cognitivo-comportamentais para promover alteração na estrutura de pensamentos dos pacientes e alteração dos

comportamentos disfuncionais. As principais técnicas a serem utilizadas são: automonitoramento, registro de pensamentos disfuncionais, autoinstrução, resolução de problemas, questionamento socrático, flecha descendente, reatribuição, higiene do sono, programação de atividades prazerosas, treinamento de habilidades sociais e role-play. Eventualmente, outras técnicas como respiração diafragmática, mindfulness e exposições podem ser aplicadas a fim de lidar com sintomas ansiosos ou de outras comorbidades que influenciem no funcionamento depressivo do paciente.

Ao final, a última sessão, visa identificar os avanços conquistados durante o processo psicoterapêutico, alterações efetivadas na rotina diária do paciente e a relação destes com a implementação de técnicas aprendidas ao longo das sessões.

Diferenças das modalidades TCC face a face e TCC online

A psicoterapia na modalidade TCC face a face será realizada na Universidade Católica de Pelotas em sala de atendimento específica para realização do ensaio clínico, com a presença das psicoterapeutas e pacientes. Não serão oferecidos vale-transporte nem qualquer tipo de incentivo financeiro para participação dos indivíduos no estudo. Os materiais psicoeducativos necessários para realização das tarefas de casa serão oferecidos de forma impressa a cada participante do estudo ao longo do curso da intervenção durante a sessão.

Na modalidade de TCC online, as psicoterapeutas estarão presentes na sala de atendimento do estudo a fim de garantir o mesmo setting terapêutico para as psicoterapeutas e mesmas condições de trabalho (silêncio, mínimo de distrações, qualidade de dispositivos eletrônicos e acesso à internet.). Os atendimentos irão ocorrer de forma síncrona através da plataforma Google Meet. Para cada sessão será criado um link específico compartilhado minutos antes do atendimento com o paciente através de e-mail ou outra plataforma digital à escolha do participante. Dessa forma, torna-se mais difícil a violação do link ou compartilhamento do mesmo. Orientações específicas serão oferecidas aos pacientes da modalidade TCC online para que busquem ambientes para realização dos atendimentos que tenham privacidade, pouca ou nenhuma distração. Será obrigatório aos terapeutas o uso de fones de ouvido durante toda a sessão e incentivado o uso de fones de ouvido aos pacientes a fim de maximizar a proteção ao sigilo do paciente. Todos os terapeutas realizarão os

atendimentos em PCs com antivírus e o mesmo é incentivado aos pacientes também com intuito de maximizar o sigilo e proteção dos conteúdos abordados em sessão.

Os materiais psicoeducativos necessários para realização das tarefas de casa serão oferecidos em sua versão eletrônica a cada participante do estudo ao longo do curso da intervenção durante a sessão através de compartilhamento de arquivos por e-mail ou outra plataforma digital à escolha do participante.

A gestão dos agendamentos e remarcações dos atendimentos após a primeira sessão será realizada pelas terapeutas através de telefone exclusivo da etapa clínica do estudo.

Psicoterapia Dinâmica Suportivo-Expressiva

Os pacientes elegíveis receberão psicoterapia individual de 14 a 16 sessões, uma vez por semana, com cinquenta minutos de duração, a partir da proposta de Lester Luborsky (Luborsky et al., 1995), em um dos modelos de intervenção descritos abaixo, Psicoterapia Dinâmica Suportivo-Expressiva (SEDP) face a face ou SEDP online.

O conteúdo e técnica da SEDP será a mesma nos dois modelos. Tanto a SEDP face a face e online serão de 14 a 16 sessões, serão estruturadas de acordo com a proposta de Luborsky. No qual, baseia-se na análise do padrão central de relações que cada pessoa segue ao conduzir seus relacionamentos e é formulado a partir de suas narrativas de interação com outras pessoas. As técnicas utilizadas são suportivas (objetivam manter o nível de funcionamento do paciente) e expressivas (possibilitar a expressão e compreensão dos conflitos). As principais técnicas são: estabelecer a aliança terapêutica, formular e responder aos padrões centrais de relacionamento, responder as esferas de relacionamento, contextualizar o sintoma no padrão conflitual e trabalhar a separação.

Todas as sessões serão gravadas e degravadas para possibilitar o estudo da aderência ao modelo terapêutico proposto e a aplicação do método *The Core Conflictual Relationship Theme* (CCRT) previsto no modelo terapêutico de Lambert. Esse método identifica padrões de relacionamento a partir de episódios de relacionamento, nos quais o paciente narra uma situação de interação com outra pessoa. Um juiz realiza a discriminação dos episódios de relacionamento e classifica suas unidades nos componentes “desejos, necessidades e intenções”, “reações do

outro” e “reações do sujeito” e os protocoliza em categorias que serão, posteriormente, computadas. O CCRT é composto a partir das categorias de maior frequência no protocolo - Ex: “Eu desejo ser compreendido” (desejo); “se os outros rejeitam e opõem-se” (reação do outro), “eu me sinto deprimida” (reação do sujeito) (Lhullier, 1998). Nesse projeto, o CCRT será utilizado para o estabelecimento do foco terapêutico.

Diferenças das modalidades PDSE face a face ou PDSE online

A psicoterapia na modalidade PDSE face a face será realizada na Universidade Católica de Pelotas em sala de atendimento específica para realização do ensaio clínico, na presença do psicoterapeuta e do paciente. Não serão oferecidos vale-transporte nem qualquer tipo de incentivo financeiro para participação dos indivíduos no estudo.

Na modalidade de PDSE online, as psicoterapeutas estarão presentes na sala de atendimento do estudo a fim de garantir o mesmo setting terapêutico para as psicoterapeutas e mesmas condições de trabalho (silêncio, mínimo de distrações, qualidade de dispositivos eletrônicos e acesso à internet.). Os atendimentos irão ocorrer de forma síncrona através da plataforma Google Meet. Para cada sessão será criado um link específico compartilhado minutos antes do atendimento com o paciente através de e-mail ou outra plataforma digital à escolha do participante. Dessa forma, torna-se mais difícil a violação do link ou compartilhamento do mesmo. Orientações específicas serão oferecidas aos pacientes da modalidade PDSE online para que busquem ambientes para realização dos atendimentos que tenham privacidade, pouca ou nenhuma distração. Será obrigatório aos terapeutas o uso de fones de ouvido durante toda a sessão e incentivado o uso de fones de ouvido aos pacientes a fim de maximizar a proteção ao sigilo do paciente. Todos os terapeutas realizarão os atendimentos em PCs com antivírus e o mesmo é incentivado aos pacientes também com intuito de maximizar o sigilo e proteção dos conteúdos abordados em sessão.

Os terapeutas serão alunos do último ano da graduação de Psicologia e alunos do Programa de Pós- Graduação em Saúde e Comportamento da UCPel e serão supervisionados por pesquisadores com formação no modelo proposto de Psicoterapia Dinâmica Suportivo-Expressiva (SEDP). A gestão dos agendamentos e remarcações dos

atendimentos após a primeira sessão será realizada pelas terapeutas através de telefone exclusivo da etapa clínica do estudo.

Medidas

Questionário de recrutamento online

Os indivíduos interessados em participar do estudo preencherão formulário online (disponível em: <https://forms.gle/mXAdcj9H5P33KYJ27>) a fim de realizarem cadastro com informações de identificação (nome, idade, telefone para contato, e-mail e endereço residencial). Essas informações serão necessárias para contactar os participantes e agendar uma possível avaliação inicial presencial.

Ainda no formulário online, constará perguntas para verificação inicial dos critérios de elegibilidade e não apresentação de nenhum dos critérios de exclusão mencionados anteriormente. Em relação aos critérios de elegibilidade, a idade e o endereço dos participantes serão coletados na identificação inicial; além disso, a pergunta direta “Você possui acesso pleno à internet e dispositivo eletrônico que consiga acessar o Google Meet?” e os dois itens iniciais do PHQ-9 (64), conhecido como PHQ-2 (73), serão utilizadas para excluir do estudo aqueles que não apresentarem nenhum dos sintomas chave de episódio depressivo atual (DSM-5-TR).

Ainda o formulário online, contará com questões para a identificação da presença de algum dos critérios de exclusão. A realização de tratamento para saúde mental será verificada através de duas perguntas diretas: “Nos últimos 30 dias, você consultou com psicóloga(o) ou psiquiatra?”; “Nos últimos 30 dias, você usou algum medicamento para problemas de saúde mental (antidepressivo, ansiolítico, benzodiazepínicos, etc)?”. Da mesma forma, perguntas diretas irão avaliar a presença de diagnósticos em saúde mental (transtorno bipolar, esquizofrenia, déficit intelectual ou transtorno mental severo): “Alguma vez na vida algum profissional de saúde lhe diagnosticou (disse que você tem) com: Transtorno Bipolar (S/N), Esquizofrenia (S/N), Déficit Intelectual (S/N), Transtorno mental grave ou severo (S/N)”. A presença de sintomas psicóticos atuais será investigada a partir da avaliação das respostas dicotômicas (S/N) referentes às questões: “Alguma vez ouviu coisas que outras pessoas não podiam ouvir, como, por exemplo, vozes?” ; “Alguma vez viu alguma coisa ou

alguém que outras pessoas presentes não podiam ver, isto é, teve visões quando estava completamente acordado?” ; “Alguma vez acreditou que alguém o espionava ou estava conspirando contra você ou tentando lhe fazer mal ou alguém podia ler ou ouvir os seus pensamentos ou que você podia ler ou ouvir os pensamentos dos outros?”, “Alguma vez acreditou que alguém ou alguma força exterior colocava, dentro da sua cabeça, pensamentos estranhos que não eram os seus ou o(a) fazia agir de forma diferente do seu jeito habitual?” e “Alguma vez acreditou que estava recebendo mensagens especiais através da televisão, do rádio ou do jornal ou teve a impressão de que alguém que não conhecia pessoalmente estava particularmente interessado em você?”.

O risco de suicídio será avaliado através das seis questões presentes no módulo C da MINI (74). Esta seção é composta por cinco perguntas sobre o último mês – 1) Você achou que seria melhor estar morto ou desejou estar morto? (sim = 1 ponto); 2) Você queria se machucar? (sim = 2 pontos); 3) Você pensou em suicídio? (sim = 6 pontos); 4) Você já pensou em uma maneira de cometer suicídio? (sim = 10 pontos); e 5) Você tentou suicídio? (sim = 10 pontos) – e uma pergunta adicional sobre a vida – 6) Você já fez uma tentativa de suicídio? (sim = 4 pontos). Qualquer resposta sim às cinco primeiras perguntas era um indicativo de risco de suicídio. Contudo, serão excluídos apenas os participantes classificados com o risco de suicídio classificado moderado ou grave (6 ou mais pontos).

O uso abusivo de alguma substância psicoativa será aferido através da adaptação do item 2 do instrumento ASSIST (75) “Durante os últimos três meses, com que frequência tu utilizou esta(s) substância(s):” que investiga a frequência de uso de tabaco, álcool, maconha, cocaína, estimulantes, inalantes, hipnóticos/sedativos, alucinógenos e opioides. Qualquer uso de maconha, cocaína, estimulantes, inalantes, hipnóticos/sedativos, alucinógenos e opioides será considerado uso abusivo e fator de exclusão do estudo. Em relação ao tabaco e álcool, o uso diário de tais substância será considerado uso abusivo e fator de exclusão do estudo.

Avaliação inicial presencial

A gestão dos dados dos participantes recrutados, agendamentos e remarcações da avaliação inicial presencial será pela responsável pela avaliação através de telefone

exclusivo da etapa de avaliação inicial. Dessa forma, aqueles participantes recrutados através do formulário online inicial serão convidados para avaliação presencial específica a fim de confirmar a presença de critérios de elegibilidade e ausência de critérios de exclusão.

Neste momento presencial, realizado no Campus I da Universidade Católica de Pelotas, a entrevistadora realizará perguntas para confirmar idade, endereço e acesso à internet bem como à dispositivo eletrônico compatível com a plataforma virtual Google Meet. Ainda nesse momento, a entrevistadora questionará o participante sobre a realização atual de tratamentos em saúde mental, seja psicoterapêutico ou farmacoterapêutico.

A SCID-V será utilizada para identificação do TDM, bem como verificação da ausência de transtorno bipolar, esquizofrenia, déficit intelectual, presença de sintoma psicótico e risco de suicídio moderado ou grave (76).

Avaliação inicial e final do ensaio de modelos TCC e PDSE

Após a confirmação dos critérios de elegibilidade e ausência de critérios de exclusão. Os participantes encaminhados aos processos terapêuticos responderão aos seguintes instrumentos autoaplicados através de formulário online específico para cada modelo de intervenção, <https://forms.gle/srGa2pyn7eJahy4r8> para PDSE e <https://forms.gle/vhz6cgm7jtZ4Lhor8> para TCC.

Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9): Este é um dos instrumentos mais estudados para avaliação de sintomas depressivos com adaptação ao contexto nacional (64). O mesmo consiste em nove perguntas, que correspondem aos sintomas do critério diagnóstico A para episódio depressivo maior de acordo com o DSM-5-TR. Cada item pode receber até quatro respostas (0-3 pontos), indicando a frequência da presença dos sintomas nas duas últimas semanas. A essas nove perguntas sobre os sintomas segue-se uma sobre impacto funcional. A pontuação total varia de 0 a 27 e representa a soma das respostas dos nove itens. A gravidade do quadro seria estimada conforme o seguinte: 0-4 pontos – sem depressão; 5-9 pontos – episódio depressivo leve; 10-14 pontos – episódio depressivo moderado; 15-19 pontos – episódio depressivo moderadamente grave e de 20 a 27 pontos – episódio depressivo grave.

Generalized Anxiety Disorder Screener (GAD-7): instrumento breve para avaliação de sintomas de ansiedade elaborado por Spitzer e cols. (2006)(65) e validado por Kroenke, Spitzer, Williams, Monahan e Löwe (2007) (77). A tradução para a língua portuguesa apresenta registro de evidência de validade no Brasil (78). A escala é composta por sete itens, dispostos em uma escala de quatro pontos: 0 (nenhuma vez) a 3 (quase todos os dias), com pontuação que varia de 0 a 21, ao medir frequência de sinais e sintomas de ansiedade nas últimas duas semanas. Considera-se indicador positivo de sinais e sintomas de transtornos de ansiedade, valor igual ou maior que 10.

Short Multidimensional Inventory Lifestyle Evaluation (SMILE): esta escala foi desenvolvida especificamente para permitir uma medida multidimensional do estilo de vida. O SMILE original é um questionário de autoavaliação de 43 itens composto por 7 domínios (Dieta e Nutrição, Abuso de substâncias, Atividade física, Gerenciamento de estresse, Padrão de sono restaurador, Apoio social e Exposições ambientais). Foi desenvolvido para permitir uma avaliação multidimensional e abrangente do estilo de vida (saudável) durante os últimos 30 dias. Opções de resposta são medidos por meio de uma escala Likert de 4 pontos e o escore final é obtido pela soma de todas as questões (observando que algumas questões apresentam escores inversos). Quanto maior a pontuação, melhor (mais saudável) o estilo de vida (63). A escala foi utilizada em pesquisa no Brasil com propriedades psicométricas adequadas (79).

Functional Assessment Short Test (FAST): será utilizada para avaliar a funcionalidade dos participantes. Trata-se de uma medida para avaliação objetiva de 6 áreas do funcionamento: autonomia, trabalho, cognição, finanças, relacionamento interpessoal e lazer. Cada dimensão é composta de quatro respostas (nenhuma, pouco, bastante, muita), cujas pontuações podem variar de 0 a 3. A soma de todos os itens oferece a pontuação global, sendo que, quanto maior a pontuação, maior o prejuízo. São considerados como casos de prejuízo funcional importante os participantes que obtêm escores maiores que 11 (62).

Young Schema Questionnaire (YSQ- S3): Trata-se de uma versão reduzida de um instrumento que mensura a ativação dos esquemas iniciais desadaptativos, sendo estes agrupados em cinco domínios. O 1º domínio "Desconexão e rejeição" se refere ao conjunto de esquemas relacionados a dificuldades de formar vínculos seguros e estáveis com os outros, EIDs desse domínio são: Abandono/Instabilidade;

Desconfiança/Abuso; Privação emocional; Defectividade/Vergonha e Isolamento social/Alienação. O 2º domínio "Autonomia e desempenho prejudicados" está relacionado à dificuldade do indivíduo de reconhecer sua capacidade de viver de forma autônoma ou ter um bom desempenho, EIDs desse domínio são: Dependência/Incompetência; Vulnerabilidade ao dano ou à doença; Emaranhamento/*Self* subdesenvolvido e Fracasso. No 3º domínio, "Limites prejudicados", os indivíduos não internalizaram limites adequados para autodisciplina ou senso de reciprocidade e respeito aos direitos dos outros, EIDs desse domínio são: Arrogo/grandiosidade e Autocontrole/autodisciplina insuficientes. O 4º domínio, "Orientação para o outro", é caracterizado por excessivo atendimento das necessidades dos outros em detrimento das próprias necessidades do paciente, EIDs desse domínio são: Subjugação; Autossacrifício e Busca de aprovação/Busca de reconhecimento. O 5º domínio, "Supervigilância e inibição", tem como aspecto central a ênfase excessiva na inibição de sentimentos e espontaneidade, ou no seguimento de regras rígidas sobre desempenho e ética à custa do relaxamento, felicidade, prazer, autoexpressão, saúde e relacionamento íntimos, EIDs desse domínio: Negativismo/Pessimismo; Inibição emocional; Padrões inflexíveis/Postura crítica exagerada e Postura punitiva (Young et al., 2003). O questionário é preenchido a partir de autorrelato, os escores são mensurados a partir de 90 itens com escala tipo *Likert* com pontuações de 1 a 6 pontos (1= Completamente falso sobre mim e 6 = Me descreve perfeitamente). Para correção, deve-se somar a pontuação de cada esquema pelo número total de perguntas de cada categoria, assim, obtêm-se uma média, quando a pontuação for maior do que 4,5 significa que o esquema está ativo (66) .

Big Five Personality Inventory (BFI): Trata-se de uma escala breve, de autorrelato, fundamentada na teoria dos Cinco Grandes Fatores da personalidade (Amabilidade; Conscienciosidade; Extroversão; Neuroticismo e Abertura à experiência), composta por 60 itens, no modelo de afirmativas curtas de auto-relato, dispostas em escala *Likert* de cinco pontos, cujos extremos são 1 = "Discordo totalmente" e 5 = "Concordo totalmente". Nas últimas duas décadas esse instrumento foi bastante difundido, inclusive com sua adaptação ao contexto brasileiro (67).

Outcome Questionnaire 45.2 (OQ-45): Esse instrumento mede o progresso do paciente durante a terapia e destina-se a administração repetida durante o curso do

tratamento e ao seu término. De forma geral, o OQ é uma avaliação breve que pode ser usada antes (como medida de *baseline*) e após o tratamento (como medida de desfecho) e que tenta mensurar a experiência subjetiva de um indivíduo e seu funcionamento geral (80). É composto de 45 frases que refletem situações/pensamentos/sentimentos avaliados em uma escala likert (nunca a sempre) de frequência de ocorrência na última semana. O conjunto dos 45 itens fornece um escore de escala total e, além dele, três domínios independentes: Sofrimento Subjetivo (Symptom Distress - SD), Relacionamento Interpessoal (Interpersonal Relationship - IR) e Desempenho do Papel Social (Social Role Performance - SR). O escore total pode variar entre 0 e 180 pontos. Quanto maior o escore, maior é o sofrimento do indivíduo de forma geral e/ou no domínio correspondente. Todavia, há pontos de corte estabelecidos que indicam sofrimento significativo: Escore Total ≥ 63 ; SD ≥ 36 ; IR ≥ 15 ; e SR ≥ 12 . Além destes, o manual do instrumento oferece um índice de mudança confiável/significativa (diminuição do escore entre avaliações) para cada domínio, sendo eles: Escore Total ≥ 14 ; SD ≥ 12 ; IR ≥ 8 ; e SR ≥ 7 (80). O OQ-45 já foi adaptado para o Brasil (81) e está em processo de validação.

Qualidade da dieta: Será utilizada uma escala de avaliação da alimentação segundo as recomendações do Guia Alimentar Para a População Brasileira. O instrumento a ser utilizado já possui validação para adultos da população brasileira (GABE; JAIME, 2019). Primeiramente será feita a aplicação do questionário, que consiste em 24 itens relacionados ao hábito alimentar. Cada pergunta possui quatro opções de resposta: (A) discordo fortemente; (B) discordo; (C) concordo; e (D) concordo fortemente. Após, é feita a contagem da pontuação, que será atribuída uma pontuação de 0 a 3. Sendo que das questões nº 1 até a questão nº 11 será: A = 3 pontos; B = 2 pontos; C = 1 ponto; D = 0 pontos. Para as questões nº 12 até a questão nº 24 a pontuação será: A = 0 pontos; B = 3 pontos; C = 2 pontos; D = 1 ponto. Após, é feita a contagem do escore de acordo com a pontuação que cada item do questionário recebe, sendo que a pontuação mínima é 0 e a máxima é 72. Obtenção de até 31 pontos, indica que o indivíduo precisa dedicar mais atenção à alimentação. Entre 31 e 41 pontos, indica que ainda há aspectos que podem ser melhorados. Acima de 41 pontos, indica que o indivíduo possui uma alimentação saudável.

Avaliação inicial e final do ensaio de modelos PDSE

Helping Alliance Questionnaire (HAQ II): Construído por Luborsky et al (1996), o instrumento trata-se de uma avaliação da aliança terapêutica em psicoterapia com versões para paciente e terapeuta. O instrumento apresenta duas dimensões que investigam aspectos positivos e negativos da aliança e inquerem o entrevistado acerca de aspectos como confiança, compreensão, cooperação, valorização e identificação entre si. É composto por 19 itens cada, respondido por uma escala likert de seis pontos (1 = discordo fortemente a 7 = concordo fortemente). Trata-se de um inventário não vinculado a nenhuma escola teórica específica em psicoterapia e que se subsidia no Modelo de Aliança Terapêutica de Bordin (82).

Interpersonal Reactivity Index (IRI): Trata-se de um instrumento para avaliar empatia elaborado por Davis (1983) e adaptado em sua versão original por Sampaio, Guimarães, Camino, Formiga e Menezes (2011) para o contexto brasileiro, sendo confirmado no estudo de Formiga (2012) a mesma organização fatorial observada pelos autores supracitados. O instrumento é composto por 26 sentenças que descrevem comportamentos, sentimentos e características relacionadas à empatia, que são utilizadas para avaliar as seguintes dimensões: Angústia pessoal (AP), Consideração empática (CE), Tomada de perspectiva (TP), Fantasia (FS). Todas elas foram avaliadas por escalas likert, que variam de 1 (“não me descreve bem”) a 5 (“descreve-me muito bem”). Escores mais altos indicam níveis mais elevados em cada uma dessas dimensões e a soma dos escores de todas as subescalas é utilizada para calcular o nível global de empatia. O item 2 (Sou neutro quando vejo filmes) deve ter sua pontuação invertida, pois foi elaborado na direção contrária aos demais itens da escala (83,84,85).

Escala para Avaliação de Contratransferência (EACT): A EACT Eizirik, (1997) foi desenvolvida para identificar as respostas emocionais do terapeuta em relação ao paciente em três momentos da sessão: no início, meio e no final da sessão. É autoaplicável e composta por 23 sentimentos contratransferenciais descritos, divididos em três grupos: sentimentos de aproximação (10 itens), sentimentos de distância (10 itens) e sentimentos de indiferença (3 itens). O instrumento é respondido pelo terapeuta em uma escala likert que varia de 0 (não senti) a 3 (senti muito) em relação à sua contratransferência no início, durante e ao final da sessão (86).

Defense Style Questionnaire (DSQ-40): O DSQ é um questionário de autorresposta, que busca identificar o estilo característico de como as pessoas - consciente ou inconscientemente - lidam com o conflito, baseado na ideia de que os indivíduos conseguem fazer comentários precisos sobre seu comportamento. Andrews, Singh e Bond (1993)(87), reorganizaram o instrumento em 40 perguntas relacionadas às defesas descritas no DSM-III-R. Quatro delas estão relacionadas ao fator maduro (sublimação, humor, antecipação e supressão), quatro estão relacionados ao fator neurótico (anulação, pseudo-altruísmo, idealização e formação reativa) e 12 ao fator imaturo (projeção, agressão passiva, acting out, isolamento, desvalorização, fantasia autista, negação, deslocamento, dissociação, clivagem, racionalização e somatização). O DSQ-40 pode fornecer escores para as 20 defesas individuais e para os três fatores (maduro, neurótico e imaturo). Os escores das defesas individuais são calculados pela média dos dois itens de cada mecanismo de defesa dado e os escores dos fatores são calculados pelos escores médios das defesas que pertencem a cada fator. Cada item é avaliado em uma escala de 1 a 9, na qual 1 indica "discordo totalmente" e 9 indica "concordo totalmente". Quando aplicado para o ensaio clínico, o DSQ-40 apresentava consistência interna das defesas e dos fatores, já havia sido adaptado para o Brasil e estava em processo de validação (88,89).

Inventário de Organização da Personalidade (IPO-Br): IPO-Br (90) é a versão brasileira do IPO - Inventory of Personality Organization (91), um instrumento desenvolvido para avaliar a organização psicodinâmica da personalidade de pessoas sadias, bem como os estados psicopatológicos da personalidade. É um instrumento de autorrelato, do tipo Likert de cinco pontos (1 “nunca verdadeiro” – 5 “sempre verdadeiro”), com tempo de aplicação de aproximadamente 30 minutos, composto por 83 itens distribuídos em cinco subescalas. As três primeiras subescalas, chamadas de Escalas Clínicas Primárias, avaliam as Defesas Primitivas (16 itens), a Difusão da Identidade (21 itens) e o Teste de Realidade (20 itens). Essas escalas possibilitam a avaliação da estrutura psicodinâmica da personalidade e suas mudanças. As outras subescalas, chamadas de Subescalas Adicionais, avaliam a Agressividade (18 itens) e os Valores Morais (11 itens), dimensões com grande alteração em transtornos de personalidade.

Bell Object Relations and Reality Testing Inventory (BORRTI-O): É um instrumento baseado em pressupostos psicanalíticos, representando um largo conjunto de

paradigmas acerca das Relações Objetais e das crenças interpessoais. Teve origem no modelo das Relações de Objeto desenvolvido por Bell, Billington e Becker (1986[CR1]) (92). Estes autores descreveram a multidimensionalidade das Relações de Objeto através de um continuum, desde a ausência patológica de relacionamentos interpessoais, à existência de relações boas, gratificantes e livres de distorções. O objetivo deste inventário é avaliar os constructos das Relações Objetais e do Teste da Realidade. Os itens relativos às Relações Objetais podem ser administrados em separado, constituindo o BORRTI – Forma O (92). O BORRTI-O é então um questionário autoaplicável, composto por 45 itens de verdadeiro/falso, que permite avaliar a Qualidade das Relações de Objeto – determinada através de quatro subescalas, derivadas de uma análise fatorial, que avaliam déficits nas Relações de Objeto: Alienação, Vinculação Insegura, Egocentrismo e Incompetência social. Em termos gerais, quanto maior a elevação numa subescala, maior a probabilidade de se justificar uma interpretação no sentido de maior gravidade de patologia. As quatro subescalas podem ser sintetizadas e criar uma pontuação total da Qualidade das Relações Objetais (uma pontuação total mais elevada significa uma Qualidade das Relações Objetais mais pobre). A versão original do BORRTI-O demonstra confiabilidade teste-reteste (r entre 0.58 e 0.90 para as subescalas das Relações de Objeto às quatro semanas, e entre 0.65 e 0.81 às 13 semanas (93). Os alfas de Chronbach's variam entre 0.79 e 0.90 para as subescalas das Relações de Objeto. O instrumento foi adaptado para o Brasil e possui boas evidências de validade e confiabilidade (94). Observou-se boa correlação dos escores quando comparadas às respectivas dimensões da versão em inglês do BORRTI - Forma O (0,62 para alienação, 0,82 para vinculação insegura, 0,83 para egocentrismo e 0,78 para incapacidade social). Os escores de confiabilidade também foram aceitáveis, com um valor alpha de Cronbach para todos os itens de 0,59 e confiabilidade split-half Spearman-Brown de 0,63 (94).

A Escala de Violência entre Parceiros Íntimos (EVIPI): É uma escala autoaplicável, específica para o contexto brasileiro e voltada para avaliação e testagem psicológica. Podendo ser de forma individual ou coletiva, sem limite de tempo, mas em geral varia de 15 a 25 minutos. Ela é adequada para pessoas, entre os 18 e 65 anos de idade e em relacionamento íntimo heterossexual ou homossexual por no mínimo seis meses. Esse instrumento oferece, em três dimensões, suporte para rastrear os tipos de violência

vivida em um relacionamento íntimo, sendo a primeira Injúria e Violência Física Corporal (IVFC) que engloba a situações de violência física (tapas, chutes, socos e empurrões, etc.) e violência psicológica (agressões verbais, humilhação, calúnia, ofensas, desprezo, críticas, etc.). A segunda dimensão, Danos à Saúde Sexualidade e Patrimônio (DSSP), é constituída por impactos e prejuízos da violência para a saúde, sexualidade (cortes, lesões, envenenamento, dependência de álcool, desnutrição, relações sexuais forçadas etc.) e patrimônio (extorsão financeira, roubos de salário, destruição de objetos pessoais, etc.). Por último, a terceira dimensão Controle Comportamental (CC), está relacionada à privação e/ou acesso às tecnologias de informações (invasão de privacidade e controle vigiado de conduta em redes sociais). Como já mencionado, é uma escala autoaplicável que possui 53 itens em escala tipo Likert. Ela deve ser pontuada atribuindo o valor de 0 (zero) para nunca; 1 “para poucas vezes”; 2 para “as vezes”; 3 para “muitas vezes” e 4 para “sempre”, obtendo-se um score mínimo de zero pontos e um máximo de 212 pontos. Para cada domínio da escala atribui-se um ponto de corte: para grupo normativo, para o alerta (quando existir) e para o grupo critério (indivíduos que sofreram violência entre parceiros). As dimensões da EVIPI e seus pontos de corte são divididos da seguinte forma: IVF ≤ 7 nível alerta e ≤ 16 nível crítico; DSSP ≤ 1 nível crítico; e CC ≤ 3 nível alerta e ≤ 6 nível crítico. A validação da escala foi feita comparando um grupo de vítimas de violência, um grupo de universitários e população geral, conseguindo diferenciá-los de forma significativa ($p < 0,0001$) (95).

Avaliação inicial e final do ensaio de modelos TCC

Escala de crenças irracionais (ECI): É composta por 20 itens aos quais o indivíduo deve responder através de uma escala likert de 5 pontos que varia de discordo totalmente (1) a concordo fortemente (5). A soma dos pontos apresentará amplitude de escore entre 20 e 100 pontos, os índices maiores são associados a mais crenças irracionais. A escala possui um estudo de adaptação para uma amostra brasileira, os coeficientes de consistência interna encontram-se acima de 0,73, considerado adequado para este tipo de instrumento (70).

Além da observação de tais medidas de autorrelato, será realizada coleta de material biológico (sangue e fezes), bem como de medidas biométricas que incluirão:

altura (medida em ortostase, ajustando o estadiômetro no ápice do crânio); Peso corporal, percentual de gordura e peso de massa magra (balança eletrônica calibrada); Índice de Massa Corporal (96), Pressão arterial (esfigmomanômetro) e circunferência abdominal (fita inelástica).

As amostras de sangue serão coletadas por um técnico especializado em coleta de sangue. Serão coletados 10ml de sangue total, em tubos sem anticoagulante e com EDTA. O sangue coletado será centrifugado para extração do soro e plasma, e armazenado a -80°C. A coleta do material biológico será realizada entre as oito e onze horas da manhã. Além da coleta sanguínea, os indivíduos serão orientados a coletar amostra fecal de aproximadamente 1,0 g em um coletor universal após a avaliação inicial, com as devidas recomendações. Todas as amostras de fezes serão entregues, no momento da primeira ou segunda sessão de tratamento, a 4°C e logo após armazenados em ultrafreezer a -80 ° C até as análises.

Em relação às análises bioquímicas, serão dosados os marcadores periféricos de interesse com os kits comerciais disponíveis. Serão dosados alguns marcadores metabólicos como colesterol total, colesterol HDL, colesterol LDL, glicose e triglicerídeos através do analisador bioquímico semi-automático da Labtest Chem-well T. As dosagens dos marcadores inflamatórios, como IL-6, TNF- α , e de BDNF será realizado por ensaio imunossorvente ligado à enzima (ELISA). Proteína de ligação a LPS (LBP), para investigar a translocação bacteriana, bem como proteína de ligação a ácidos graxos intestinais (FABP) e zonulina, para avaliar o dano a barreira intestinal também serão mensurados por ensaio ELISA. Todas essas análises bioquímicas serão realizadas no Laboratório de Neurociências da Universidade Católica de Pelotas, por acadêmicos da instituição treinados e supervisionados por mim.

Para as análises das amostras fecais, primeiramente o DNA microbiano será isolado utilizando o Kit comercial PURELINK™ MICROBIOME DNA PURIFICATION KIT (ThermoFisher Scientific, Estados Unidos), de acordo com as recomendações do fabricante. Logo após a extração, todas as amostras de DNA serão avaliadas quanto à qualidade por meio de espectrofotometria de microvolume NanoDrop 2000 (ThermoFisher Scientific, Estados Unidos).

Para obter a composição da microbiota, será realizado o sequenciamento do gene 16s do RNA ribossômico, seguindo o pipeline do BMP

(<https://www.brmicrobiome.org/>) usando o QIIME. Para o perfil da comunidade bacteriana, será aplicado um pipeline relatado anteriormente (Callahan et al, 2016) (97). Resumidamente, será inspecionado o perfil de qualidade das leituras e filtrados e aparados com base no relatório de qualidade. Em seguida, será estimada as taxas de erro usando um modelo de erro paramétrico (algoritmo de aprendizado de máquina) e aplicado o algoritmo de inferência de amostra central aos dados de sequência filtrados e aparados. A biblioteca de sequências resultante será usada para construir uma tabela de variantes de sequência de amplicons e as quimeras serão removidas. Para atribuição taxonômica, será usado os dados de treinamento taxonômico do SSU procariótico Silva 138.1 formatados para DADA2 (McLaren, Michael R., & Callahan, Benjamin J. , 2021) (98). Os dados gerados através do DADA2 serão importados para o phyloseq (Paul J. McMurdie e Susan Holmes, 2013)(99), mesclados com os metadados e exportados usando vmikk/metagMisc (Vladimir Mikryukov, 2017) (100). Este sequenciamento, bem como a análise inicial dos dados e a dosagem de AGCC, será realizado como prestação de serviços de terceiros.

Seleção e treinamento

Os avaliadores serão uma psicóloga treinada para realizar a entrevista clínica de acordo com os critérios do DSM-5-TR e aplicação de instrumentos de pesquisa previstos neste projeto. Uma aluna de graduação do curso de Psicologia será responsável pela randomização e gestão de atendimentos.

Para execução das intervenções do ensaio clínico, quatro psicólogas, alunas do Programa de Pós-Graduação em Saúde e Comportamento e dez alunas do final do curso de graduação em Psicologia, serão treinadas para a utilização dos protocolos propostos, as mesmas receberão supervisão de todos os casos atendidos semanalmente pelos coordenadores proponentes do estudo.

Com cada terapeuta será realizado um estudo piloto com um paciente por terapeuta, um caso no modelo presencial e um caso no modelo online. Estes pacientes não serão incluídos na amostra e servirão como atividade prática do processo de treinamento e teste da logística do estudo.

Aspectos éticos

O seguinte protocolo de pesquisa foi construído, respeitando os princípios éticos estabelecidos pelo Conselho Nacional de Saúde nº 466 de 12 de dezembro de 2012, além de seguir as orientações do Ofício Circular nº 2 de 24 de fevereiro de 2021, da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, sobre os procedimentos de pesquisas em ambiente virtual. Os participantes receberão informações sobre os objetivos da pesquisa e assinarão um termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE). Para a participação, todos os sujeitos deverão concordar com o TCLE (Apêndice); devido à aplicação on-line do instrumento, a assinatura foi ajustada a essa modalidade.

Desse modo, a partir da URL disponibilizada, a página da pesquisa contará com uma seção introdutória com a inserção na íntegra do TCLE, somente aqueles que assinalarem a opção “Declaro que li, compreendi o TCLE e aceito participar desta pesquisa”, serão redirecionados para as páginas seguintes, e assim terão acesso aos instrumentos do formulário de recrutamento. Em resposta negativa, o sujeito é movido automaticamente para a página final, onde uma mensagem de agradecimento e um botão de saída serão colocados.

Será 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. As pessoas que apresentarem risco de suicídio ou abuso de substâncias psicoativas na avaliação inicial ou no decorrer do processo terapêutico serão encaminhadas para aos CAPS de referência da cidade de Pelotas-RS. Além disso, na avaliação realizada após a intervenção, aqueles que permanecerem com sintomas depressivos e/ou ansiosos que indiquem disfuncionalidade importante (escores acima dos pontos de corte previstos pelos instrumentos) serão encaminhados para o serviço de Psicologia da Universidade Católica de Pelotas. O projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da UCPel, através da Plataforma Brasil do Ministério da Saúde.

Riscos

Esta investigação oferece riscos mínimos aos participantes, uma vez que o contato inicial com a amostra inclui apenas a resposta de instrumentos referentes à identificação e verificação de critérios de inclusão e exclusão. Entretanto, vale ressaltar que algumas perguntas podem mobilizar incômodos e desconfortos nos participantes,

que não poderão ser acolhidos no momento da realização do questionário, já que os instrumentos são autoadministrados no formato online e assíncrono. Para isso, meios de contato dos pesquisadores são disponibilizados, para eventuais necessidades, além de reforçar a possibilidade da desistência da pesquisa a qualquer momento. Ainda, por tratar-se de coleta inicial online, os pesquisadores têm limitações ao assegurar a total confidencialidade dos dados. Contudo, a plataforma escolhida, *Google Forms*, em seus termos de uso, garantem a confidencialidade e proteção dos dados inseridos, sendo extensivamente utilizado nas pesquisas em ambiente virtual.

Durante a avaliação presencial, incômodos e desconfortos nos participantes também poderão ocorrer, sendo imediatamente acolhidos pela equipe de pesquisa e encaminhados de acordo com o Código de Ética Profissional do Psicólogo.

Ao longo dos processos terapêuticos, tanto face a face quanto online, eventuais pioras clínicas serão acompanhadas pelos terapeutas podendo o participante ser excluído do estudo e encaminhado para local de tratamento. Todos que ingressarem na etapa de intervenção do estudo terão acesso às oito sessões previstas, contudo, para fins de análise de dados, apenas aqueles que preencherem os critérios de elegibilidade e não apresentarem critérios de exclusão terão seus dados considerados.

Cabe mencionar que as coletas de sangue previstas no projeto podem causar mal-estar passageiro ou mancha roxa no local. Um bioquímico será responsável pelo treinamento da equipe, para evitar tais contextos, e também monitoramento de tais situações a fim de oferecer o encaminhamento adequado.

Benefícios

Todos os indivíduos que iniciarem a participação no estudo poderão ter o encaminhamento mais adequado possível para tratamento de sua condição de saúde mental. Os indivíduos recrutados para o estudo receberão intervenção psicoterapêutica gratuita sendo que a TCC é considerada tratamento de primeira linha para tais condições (24) ou da PDSE que se configura também como alternativa válida para o tratamento dos transtornos depressivos (101). Aqueles participantes que não preencherem os critérios de elegibilidade e/ou apresentarem algum critério de exclusão serão direcionados ao local de assistência à saúde mental mais adequado de acordo com a condição apresentada, conforme descrito anteriormente.

Metodologia de análise de dados

Os formulários do *Google Forms* serão transformados em planilhas Excel e, posteriormente, em banco de dados no software SPSS 25. Já neste software serão digitadas as informações obtidas na avaliação inicial e final pela equipa de avaliação. Para a análise dos dados inicialmente as variáveis categóricas serão apresentadas por frequências absolutas e relativas, enquanto as variáveis numéricas terão a sua distribuição testada na curva de Gauss e serão apresentadas por média e desvio padrão ou mediana e intervalos interquartis.

A distribuição das variáveis em relação aos grupos (online e presencial) será realizada pelos testes Qui-Quadrado ou Mann-Whitney. Diferenças nos desfechos primários e secundários do pré para o pós intervenção, bem como, a diferença entre os grupos PSDE presencial, PDSE online, TCC presencial e TCC online serão testadas, respectivamente, através do teste t de Student pareado e não pareado. Dessa forma, através dos testes pareados, se verificará se cada intervenção apresentará melhora no funcionamento e estilo de vida saudável bem como dos parâmetros biológicos e objetivos aferidos. Os testes não pareados verificarão se o modelo online foi tão efetivo quanto o modelo face a face em cada uma das abordagens propostas. O uso de regressões lineares será indicado caso exista discrepância de características clínicas entre os modelos de intervenção antes do tratamento. Além disso, será apresentado o tamanho de efeito por Cohen's d para os escores da FAST, SMILE e PHQ-9 tanto para o grupo de intervenção face a face quanto para o grupo de intervenção online como também para o grupo de pacientes em geral. Para todos os testes estatísticos serão consideradas associações estatisticamente significativas quando p menor do que 0,05.

Desfecho primário

Os principais desfechos do presente estudo dizem respeito aos escores dos instrumentos FAST, SMILE e PHQ-9. Estes serão considerados como variáveis quantitativas.

Desfecho secundário

Os escores dos sintomas de ansiedade e das crenças irracionais, avaliados através do GAD-7 e ECI, bem como dos níveis séricos de marcadores inflamatórios

ORÇAMENTO

Itens a serem financiados		Valor unitário	Valor total
Especificações	Quantidade	R\$	R\$
Pacotes de folhas papel A4	35	27,99	979,65
Material de escritório	2	2.000,00	2.000,00
Números telefônicos com Internet por 30 meses	2	1.199,85	2.399,70
Aparelhos smartphones Galaxy S22 5G Verde 128GB	2	5.399,10	10.798,20
Notebook Dell Latitude 3420	2	6.800,00	13.600,00
Kit coletor universal - Sachet c/ 1 ColOff®, 1 coletor universal de 50	160	5,00	800,00
Material de coleta	160	40,00	6.400,00
Tubos de coleta	320	5,00	1.600,00
Total Geral R\$ 38.577,55			

A infraestrutura física utilizada será da Universidade Católica de Pelotas para realização das avaliações e atendimentos. As bolsas de iniciação científica são oriundas de agências de fomento específicas, federal (BIC/CNPq), estadual (BIC/FAPERGS) ou local (BIC/UCPEL), através de editais anuais específicos.

REFERÊNCIAS

- 1 American Psychiatric Association (APA). DSM-5: manual diagnóstico e estatística de transtornos mentais. Porto Alegre: Artmed, 2014.
- 2 Lim GY, Tam WW, Lu Y, Ho CS, Zhang MW, Ho RC. (2018). Prevalence of Depression in the Community from 30 Countries between 1994 and 2014. *Sci Rep.*;8(1):2861.
- 3 World Health Organization. Depression [Internet]. 2021[acessado em 20 de junho de 2021]. Disponível em: <http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression>
- 4 Deng J, Zhou F, Hou W, Silver Z, Wong CY, Chang O, Huang E, Zuo QK. (2021). The prevalence of depression, anxiety, and sleep disturbances in COVID-19 patients: a meta-analysis. *Ann N Y Acad Sci.*;1486(1):90-111.
- 5 Christensen, M. C., Wong, C. M. J., & Baune, B. T. (2020). Symptoms of Major Depressive Disorder and Their Impact on Psychosocial Functioning in the Different Phases of the Disease: Do the Perspectives of Patients and Healthcare Providers Differ?. *Frontiers in psychiatry*, 11, 280.
- 6 Léda-Rêgo, G., Bezerra-Filho, S., & Miranda-Scippa, A. (2020). Functioning in euthymic patients with bipolar disorder: A systematic review and meta analysis using the Functioning Assessment Short Test. *Bipolar disorders*, 22(6), 569-581.
- 7 Knight, M. J., & Baune, B. T. (2019). Social cognitive abilities predict psychosocial dysfunction in major depressive disorder. *Depression and anxiety*, 36(1), 54-62.
- 8 Marx W, Lane M, Hockey M, Aslam H, Berk M, Walder K, Borsini A, Firth J, Pariante CM, Berding K, Cryan JF, Clarke G, Craig JM, Su KP, Mischoulon D, Gomez-Pinilla F, Foster JA, Cani PD, Thuret S, Staudacher HM, Sánchez-Villegas A, Arshad H, Akbaraly T, O'Neil A, Segasby T, Jacka FN. (2021). Diet and depression: exploring the biological mechanisms of action. *Mol Psychiatry.*;26(1):134-150.

- 9 Beck & Bredemeier, 2016 Beck, A.T. & Bredemeier, K. (2016). A Unified Model of Depression: Integrating Clinical, Cognitive, Biological, and Evolutionary Perspectives. *Clinical Psychological Science*, 4(4), 596-619.
- 10 Quevedo, JL & Izquierdo, I. *Neurobiologia dos transtornos psiquiátricos*. Porto Alegre: Artmed, 2020.
- 11 Schuch FB, Vancampfort D, Firth J, Rosenbaum S, Ward PB, Silva ES, Hallgren M, Ponce De Leon A, Dunn AL, Deslandes AC, Fleck MP, Carvalho AF, Stubbs B. (2018). Physical Activity and Incident Depression: A Meta-Analysis of Prospective Cohort Studies. *Am J Psychiatry*, 1;175(7):631-648.
- 12 Li Y, Lv MR, Wei YJ, Sun L, Zhang JX, Zhang HG, Li B. (2017). Dietary patterns and depression risk: A meta-analysis. *Psychiatry Res.*;253:373-382.
- 13 Li J, Wang H, Li M, Shen Q, Li X, Zhang Y, Peng J, Rong X, Peng Y. (2020). Effect of alcohol use disorders and alcohol intake on the risk of subsequent depressive symptoms: a systematic review and meta-analysis of cohort studies. *Addiction*; 115(7):1224-1243.
- 14 Wang X, Li Y, Fan H. (2019). The associations between screen time-based sedentary behavior and depression: a systematic review and meta-analysis. *BMC Public Health*. 14;19(1):1524.
- 15 Morin V, Hozer F, Costemale-Lacoste JF. (2018). The effects of ghrelin on sleep, appetite, and memory, and its possible role in depression: A review of the literature. *Encephale* ;44(3):256-263.
- 16 Gandhi A, Mote J, Fulford D. (2022). A transdiagnostic meta-analysis of physical and social Anhedonia in major depressive disorder and schizophrenia spectrum disorders. *Psychiatry Res.*;309:114379.

17 Köhler CA, Evangelou E, Stubbs B, Solmi M, Veronese N, Belbasis L, Bortolato B, Melo MCA, Coelho CA, Fernandes BS, Olfson M, Ioannidis JPA, Carvalho AF. (2018). Mapping risk factors for depression across the lifespan: An umbrella review of evidence from meta-analyses and Mendelian randomization studies. *J Psychiatr Res.*;103:189-207.

18 Mari JJ, Williams P. A comparison of the validity of two psychiatric screening questionnaires (GHQ-12 and SRQ-20) in Brazil, using Relative Operating Characteristic (ROC) analysis. *Psychol Med.* 1985;15(3):651-9.
<https://doi.org/10.1017/S0033291700031500>

19 Mendonça MFS, Ludermit AB. Intimate partner violence and incidence of common mental disorder. *Rev Saude Publica.* 2017;51:32.
<https://doi.org/10.1590/S1518-8787.2017051006912>

20 Cuijpers P, Sijbrandij M, Koole SL, Andersson G, Beekman AT, Reynolds CF. (2014). Adding psychotherapy to antidepressant medication in depression and anxiety disorders: a meta-analysis. Wiley-Blackwell; p. 56–67.

21 Wiles NJ, Thomas L, Turner N, Garfield K, Kounali D, Campbell J, et al. (2016). Long-term effectiveness and cost-effectiveness of cognitive behavioural therapy as an adjunct to pharmacotherapy for treatment-resistant depression in primary care: follow-up of the CoBaT randomized controlled trial. *Lancet Psychiatry* ;3 (2):137–44.

22 Moreira FP, Cardoso Tde A, Mondin TC, Souza LD, Silva R, Jansen K, Oses JP, Wiener CD. (2015). The effect of proinflammatory cytokines in Cognitive Behavioral Therapy. *J Neuroimmunol.* 15;285:143-6.

23 Gazal M, Souza LD, Fucolo BA, Wiener CD, Silva RA, Pinheiro RT, Jansen K, Ghislene G, Oses JP, Kaster MP. (2013). The impact of cognitive behavioral therapy on IL-6 levels

in unmedicated women experiencing the first episode of depression: a pilot study. *Psychiatry Res.*;209(3):742-5.

24 Amick HR, Gartlehner G, Gaynes BN, Forneris C, Asher GN, Morgan LC, et al. Comparative benefits and harms of second generation antidepressants and cognitive behavioral therapies in initial treatment of major depressive disorder: systematic review and meta-analysis. *BMJ Publishing Group* 2015;351.

25 Mor N, Haran D. (2009). Cognitive-behavioral therapy for depression. *Isr J Psychiatry Relat Sci.*;46(4):269-73.

26 James AC, James G, Cowdrey FA, Soler A, Choke A. (2015). Cognitive behavioural therapy for anxiety disorders in children and adolescents. *Cochrane Database Syst Rev.*; (2):CD004690.

27 Michael Barkham, M.; Lutz, W. & Castonguay, L. G. Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change, 7th Edition. Hoboken: John & Wiley Sons, Inc, 2021.

28 Spinhoven P, Klein N, Kennis M, Cramer AOJ, Siegle G, Cuijpers P, Ormel J, Hollon SD, Bockting CL. (2018) .The effects of cognitive-behavior therapy for depression on repetitive negative thinking: A meta-analysis. *Behav Res Ther.*;106:71-85.

29 Lemmens LHJM, Galindo-Garre F, Arntz A, Peeters F, Hollon SD, DeRubeis RJ, Huibers MJH. (2017). Exploring mechanisms of change in cognitive therapy and interpersonal psychotherapy for adult depression. *Behav Res Ther.*;94:81-92.

30 Whiston A, Bockting CLH, Semkovska M. (2019). Towards personalising treatment: a systematic review and meta-analysis of face-to-face efficacy moderators of cognitive-behavioral therapy and interpersonal psychotherapy for major depressive disorder. *Psychol Med.*;49(16):2657-2668.

- 31 Talarowska M, Zajączkowska M, Gałeczki P. (2015). Cognitive functions in first-episode depression and recurrent depressive disorder. *Psychiatr Danub.*;27(1):38-43.
- 32 Rosso G, Aragno E, Cuomo A, Fagiolini A, Di Salvo G, Maina G. (2019). Five-year follow-up of first-episode depression treated with psychodynamic psychotherapy or antidepressants. *Psychiatry Res.*;275:27-30.
- 33 Conselho Federal de Psicologia (Brasil). Quem faz a psicologia brasileira?: um olhar sobre o presente. Volume I: formação e inserção no mundo do trabalho — 1. ed.— Brasília: CFP, 2022.
- 34 Pinheiro RT, Trettim JP, de Matos MB, Pinheiro KAT, da Silva RA, Martins CR, da Cunha GK, Coelho FT, Motta JVDS, Coelho FMDC, Ghisleni G, Nedel F, Ardais AP, Stigger RS, Quevedo LA, Souza LDM. (2021). Brief cognitive behavioral therapy in pregnant women at risk of postpartum depression: Pre-post therapy study in a city in southern Brazil. *J Affect Disord.*;290:15-22.
- 35 Konradt CE, Cardoso TA, Mondin TC, Souza LDM, Kapczinski F, da Silva RA, Jansen K. (2018). Impact of resilience on the improvement of depressive symptoms after cognitive therapies for depression in a sample of young adults. *Trends Psychiatry Psychother.*;40(3):226-231.
- 36 Azevedo da Silva R, de Azevedo Cardoso T, Campos Mondin T, Neumann Reyes A, de Lima Bach S, Dias de Mattos Souza L, Jansen K. (2017). Is Narrative Cognitive Therapy as Effective as Cognitive Behavior Therapy in the Treatment for Depression in Young Adults? *J Nerv Ment Dis.*;205(12):918-924.
- 37 Kaufmann FN, Gazal M, Mondin TC, Cardoso TA, Quevedo LÁ, Souza LD, Jansen K, Braganhol E, Osés JP, Pinheiro RT, Kaster MP, da Silva RA, Ghisleni G. (2015). Cognitive psychotherapy treatment decreases peripheral oxidative stress parameters associated with major depression disorder. *Biol Psychol.*;110:175-81.

38 Mondin TC, de Azevedo Cardoso T, Jansen K, Coiro Spessato B, de Mattos Souza LD, da Silva RA. (2014). Effects of cognitive psychotherapy on the biological rhythm of patients with depression. *J Affect Disord.*;155:142-8.

39 Mondin TC, Cardoso Tde A, Jansen K, Silva Gdel G, Souza LD, Silva RA. (2015). Long-term effects of cognitive therapy on biological rhythms and depressive symptoms: A randomized clinical trial. *J Affect Disord.* 15;187:1-9.

40 Dos Santos ÉN, Molina ML, Mondin T, Cardoso TA, Silva R, Souza L, Jansen K. (2020). Long-term effectiveness of two models of brief psychotherapy for depression: A three-year follow-up randomized clinical trial. *Psychiatry Res.*;286:112804.

41 Velleda, Gessyka W., Molina, Mariane L., Silva, Ricardo A. da, Jansen, Karen, Neufeld, Carmem Beatriz, & Souza, Luciano D. de M.. (2019). Efeito da terapia cognitivo-comportamental um ano após tratamento para adultos com transtorno depressivo maior. *Psicologia: teoria e prática*, 21(3), 345-365.

42 da Silva Machado R, Vieira IS, Mondin TC, Scaini CR, Molina ML, Jansen K, de Mattos Souza LD, Duarte MR, Simjanoski M, da Silva RA. (2022). Dropout in brief psychotherapy for major depressive disorder: Randomized clinical trial. *Clin Psychol Psychother.*;29(3):1080-1088.

43 Cavanagh K, Shapiro DA, Van Den Berg S, Swain S, Barkham M, Proudfoot J. (2006). The effectiveness of computerized cognitive behavioural therapy in routine care. *Br J Clin Psychol.*;45(Pt 4):499-514.

44 Neufeld CB & Szupszynski KPDR. Intervenções online e terapias cognitivo-comportamentais. *Artmed*: Porto Alegre, 2022.

45 Luo C, Sanger N, Singhal N, Pattrick K, Shams I, Shahid H, Hoang P, Schmidt J, Lee J, Haber S, Puckering M, Buchanan N, Lee P, Ng K, Sun S, Kheyson S, Chung DC, Sanger S, Thabane L, Samaan Z. (2020). A comparison of electronically-delivered and face to face

cognitive behavioural therapies in depressive disorders: A systematic review and meta-analysis. *EClinicalMedicine*. 27;24:100442.

46 Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. (2022). [Internet] Governo Federal anuncia novos reforços para a saúde mental dos brasileiros. Acessado em 29 de junho de 2022. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/noticia/17619>

47 Barceló-Soler A, Baños RM, López-Del-Hoyo Y, Mayoral F, Gili M, García-Palacios A, García-Campayo J, Botella C. (2019). Interventions of computerized psychotherapies for depression in Primary Care in Spain. *Actas Esp Psiquiatr*.;47(6):236-46.

48 DINAN, T.G.; CRYAN, J.F. Gut instincts: microbiota as a key regulator of brain development, ageing and neurodegeneration. *Journal of Physiology*, v. 595, n. 2, p. 489-503, 2017.

49 Morais, L. H., Schreiber, H. L., & Mazmanian, S. K. (2020). The gut microbiota–brain axis in behaviour and brain disorders. *Nature Reviews Microbiology*

50 Aresti Sanz, J. & El Aidy, S. Microbiota and gut neuropeptides: a dual action of antimicrobial activity and neuroimmune response. *Psychopharmacology* 236, 1597–1609 (2019).

51 Knudsen JK, Bundgaard-Nielsen C, Hjerrild S, Nielsen RE, Leutscher P, Sørensen S. Gut microbiota variations in patients diagnosed with major depressive disorder-A systematic review. *Brain Behav*. 2021 Jul;11(7):e02177

52 Łoniewski I, Misera A, Skonieczna-Żydecka K, Kaczmarczyk M, Kaźmierczak-Siedlecka K, Misiak B, Marlicz W, Samochowiec J. Major Depressive Disorder and gut microbiota - Association not causation. A scoping review. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*. 2021 Mar 2;106:110111.

53 Tran SM, Mohajeri MH. The Role of Gut Bacterial Metabolites in Brain Development, Aging and Disease. *Nutrients*. 2021 Feb 25;13(3):732.

54 Schroeder, F. A., Lin, C. L., Crusio, W. E. & Akbarian, S. Antidepressant-like effects of the histone deacetylase inhibitor, sodium butyrate, in the mouse. *Biol. Psychiatry* 62, 55–64 (2007)

55 Portincasa P, Bonfrate L, Vacca M, De Angelis M, Farella I, Lanza E, Khalil M, Wang DQ, Sperandio M, Di Ciaula A. Gut Microbiota and Short Chain Fatty Acids: Implications in Glucose Homeostasis. *Int J Mol Sci*. 2022 Jan 20;23(3):1105.

56 Moreira FP, Jansen K, Mondin TC, Cardoso Tde A, Magalhães PV, Kapczinski F, Frey BN, Osés JP, Souza LD, da Silva RA, Wiener CD. Biological rhythms, metabolic syndrome and current depressive episode in a community sample. *Psychoneuroendocrinology*. 2016 Oct;72:34-9.

57 Moreira FP, Jansen K, Cardoso TA, Mondin TC, Magalhães PVDS, Kapczinski F, Souza LDM, da Silva RA, Osés JP, Wiener CD. Metabolic syndrome in subjects with bipolar disorder and major depressive disorder in a current depressive episode: Population-based study: Metabolic syndrome in current depressive episode. *J Psychiatr Res*. 2017 Sep;92:119-123.

58 Sturgeon C, Fasano A, Zonulin FA. Zonulin, a regulator of epithelial and endothelial barrier functions, and its involvement in chronic inflammatory diseases. *Tissue Barriers*. 2016;4:e1251384

59 Stevens BR, Goel R, Seungbum K, Richards EM, Holbert RC, Pepine CJ, Raizada MK. Increased human intestinal barrier permeability plasma biomarkers zonulin and FABP2 correlated with plasma LPS and altered gut microbiome in anxiety or depression. *Gut*. 2018 Aug;67(8):1555-1557.

60 Menozzi E, Macnaughtan J, Schapira AHV. The gut-brain axis and Parkinson disease: clinical and pathogenetic relevance. *Ann Med*. 2021 Dec;53(1):611-625.

61 Liu RT, Walsh RFL, Sheehan AE. Prebiotics and probiotics for depression and anxiety: A systematic review and meta-analysis of controlled clinical trials. *Neurosci Biobehav Rev*. 2019 Jul;102:13-23.

62 Rosa AR, Sánchez-Moreno J, Martínez-Aran A, Salamero M, Torrent C, Reinares M, Comes M, Colom F, Van Riel W, Ayuso-Mateos JL, Kapczinski F, Vieta E. (2007). Validity and reliability of the Functioning Assessment Short Test (FAST) in bipolar disorder. *Clin Pract Epidemiol Ment Health*., 7;3:5.

63 Balanzá-Martínez V, Kapczinski F, de Azevedo Cardoso T, Atienza-Carbonell B, Rosa AR, Mota JC, De Boni RB. (2021). The assessment of lifestyle changes during the COVID-19 pandemic using a multidimensional scale. *Rev Psiquiatr Salud Ment*;14(1):16-26.

64 Santos IS, Tavares BF, Munhoz TN, Almeida LS, Silva NT, Tams BD, Patella AM, Matijasevich A. (2013). Sensibilidade e especificidade do Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) entre adultos da população geral [Sensitivity and specificity of the Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) among adults from the general population]. *Cad Saude Publica*.;29(8):1533-43.

65 Spitzer RL, Kroenke K, Williams JB, Löwe B. A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7. *Arch Intern Med*. 2006 May 22;166(10):1092-7.

66 Souza Lauren Heineck de, Damasceno Elisa Steinhorst, Ferronato Felipe Gonçalves, Oliveira Margareth da Silva. Adaptação Brasileira do Questionário de Esquemas de Young - Versão Breve (YSQ-S3). *Aval. psicol.* [Internet]. 2020 [citado 2023 Jun 17] ; 19(4): 451-460.

- 67 Pires JG, Nunes CHS da S, Nunes MFO, Primi R. Preliminary validity for the Big Five Inventory-2 in Brazilian adults. *Psico-USF* [Internet]. 2023Jan;28(1):91–102.
- 68 SILVA, Sonia Maria da et al. Outcome Questionnaire (OQ-45.2): avaliação das propriedades psicométricas via modelo bifactor e TRI. *Psico (Porto Alegre)* [online]. 2016, vol.47, n.4 [citado 2023-06-14], pp. 298-308 .
- 69 Gabe KT, Jaime PC. Práticas alimentares segundo o Guia alimentar para a população brasileira: fatores associados entre brasileiros adultos, 2018. *Epidemiol Serv Saúde* [Internet]. 2020;29(1):e2019045.
- 70 Yoshida EMP, Colugnati FAB. (2002). Questionário de Crenças Irracionais e Escala de Crenças Irracionais: Propriedades Psicométricas. *Psicol. Reflex. Crít.*; 15(2), 437- 45.
- 71 Reyes AN, Cardoso TA, Jansen K, Mondin TC, Souza LDM, Magalhães PVS, Kapczinski F, Silva RA. (2017). Functional impairment and cognitive performance in mood disorders: A community sample of young adults. *Psychiatry Res.*;251:85-89.
- 72 Beck, J. *Terapia cognitivo-comportamental: teoria e prática*. Porto Alegre: Artmed, 2022.
- 73 Arroll B, Goodyear-Smith F, Crengle S, Gunn J, Kerse N, Fishman T, Falloon K, Hatcher S. (2010). Validation of PHQ-2 and PHQ-9 to screen for major depression in the primary care population. *Ann Fam Med.*;8(4):348-53.
- 74 Amorim P. (2000). Mini international neuropsychiatric interview (MINI): validação de entrevista breve para diagnóstico de transtornos mentais. *Rev Bras Psiquiatr.*;22(3):106–115.
- 75 Henrique IFS, Micheli D, Lacerda RB, Lacerda LA, Formigoni MLOS. (2004). Validação da versão brasileira do teste de triagem do envolvimento com álcool, cigarro e outras substâncias (ASSIST). *Rev Assoc Med Bras*; 50(2):199-206.

76 Fistr, M. B.; Williams J. B. W.; Karg, R. S. & Spitzer R. L. Entrevista Clínica Estruturada para os Transtornos do DSM-5 – Versão Clínica. Porto Alegre, Artmed, 2017.

77 Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB, Monahan PO, Löwe B. (2007). Anxiety disorders in primary care: prevalence, impairment, comorbidity, and detection. *Ann Intern Med.*;146(5):317-25.

78 Mapi Research Institute. (2006). Certificate of linguistic validation certificate: general anxiety disorder-7 (GAD-7). Lyon, FR: Mapi Research Institute.

79 De Boni RB, Ribeiro-Alves M, Mota JC, Gomes M, Balanzá-Martínez V, Kapczinski F, Bastos FI. (2021). The cumulative effect of multiple dimensions of lifestyle on risky drinking during the Covid-19 pandemic. *Prev Med.*;150:106718.

80 Lambert, M. J., Gregersen, A. T., & Burlingame, G. M. (2004). The Outcome Questionnaire-45. In M. E. Maruish (Ed.), *The use of psychological testing for treatment planning and outcomes assessment: Instruments for adults* (pp. 191–234). Lawrence Erlbaum Associates Publishers.

81 Carvalho, L. DE F.; Rocha, G. M. A. DA. Tradução e adaptação cultural do Outcome Questionnaire (OQ-45) para o Brasil. *Psico-USF*, v. 14, n. 3, p. 309–316, 2009.

82 Luborsky, L. et al. (1996). The Revised Helping Alliance Questionnaire (HAQ-II) : Psychometric Properties. *The Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 5(3),260–271.

83 Davis, M. H. (1983). Measuring individual differences in empathy: Evidence for a multidimensional approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 44, 113-126.

- 84 Sampaio, L. R., Guimarães, P. R. B., Camino, C. P. S., Formiga, N. S., & Menezes, I. G. (2011). Estudos sobre a dimensionalidade da empatia: tradução e adaptação do Interpersonal Reactivity Index (IRI). *Psico*, 42 (1), 67-76.
- 85 Formiga, N. S. (2012). Um estudo intracultural da consistência estrutural da escala multidimensional de reatividade interpessoal (EMRI). *Revista salud y sociedad*, 3 (3), 251-26.
- 86 Eizirik, C. L. (1997). Rede social, estado mental e contratransferência: Estudo de uma amostra de velhos da região urbana de Porto Alegre [tese]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul
- 87 Andrews G, Singh M, Bond M. The Defense Style Questionnaire. *Journal of Nervous and Mental Disease*. 1993;181(4):246–56.
- 88 Blaya C, Kipper L, Heldt E, Isolan L, Ceitlin LH, Bond M, et al. Versão em português do Defense Style Questionnaire (DSQ-40) para avaliação dos mecanismos de defesa: um estudo preliminar. *Brazilian Journal of Psychiatry*. dezembro de 2004;26(4):255–8.
- 89 Blaya C. Tradução, adaptação e validação do Defensive Style Questionnaire. 2005;190.
- 90 Oliveira, S. E. S. de& Bandeira, D. R. (2011). Linguistic and cultural adaptation of the Inventory of Personality Organization (IPO) for the Brazilian culture. *Journal of Depression & Anxiety*, 1, doi:10.4172/jda.1000105.
- 91 Lenzenweger, M. F., Clarkin, J. F., Kernberg, O. F., & Foelsch, P. A. (2001). The Inventory of Personality Organization: Psychometric properties, factorial composition, and criterion relations with affect, aggressive dyscontrol, psychosis proneness, and self-domains in a nonclinical sample. *Psychological Assessment*, 13(4), 577–591.

- 92 Bell, M., Billington, R., & Becker, B. (1986). A Scale for the Assessment of Object Relations: Reliability, Validity, and Factorial Invariance. *Journal of Clinical Psychology* , 733-741.
- 93 Bell, M. (1995). *Bell Object Relations and Reality Testing Inventory (BORRTI)*. Los Angeles: Western Psychological Services.
- 94 Bruscato, W. L., & Iaconi, E. (2000). Validade e confiabilidade da versão brasileira de um inventário de avaliação de relações objetais [Validity and reliability of the Brazilian version of an inventory for the evaluation of object relations]. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 22(4), 172–177
- 95 Lourenço, L. M. B., Makilim N. (2017). *EVIPI escala de violência entre parceiros íntimos*. São Paulo, Hogrefe.
- 96 World Health Organization (WHO). *Physical status: the use and interpretation of antropometry. Report of a WHO Expert Committee. WHO Technical Report Series*, 854 Geneve: WHO; 1995.
- 97 Callahan, B., McMurdie, P., Rosen, M. et al. DADA2: High-resolution sample inference from Illumina amplicon data. *Nat Methods* 13, 581–583 (2016).
- 98 McLaren, Michael R., & Callahan, Benjamin J. (2021). *Silva 138.1 prokaryotic SSU taxonomic training data formatted for DADA2 [Data set]*. Zenodo.
- 99 Paul J. McMurdie and Susan Holmes (2013). *phyloseq: An R package for reproducible interactive analysis and graphics of microbiome census data*. *PLoS ONE* 8(4):e61217.
- 100 Vladimir Mikryukov. (2017). *vmikk/metagMisc: v.0.0.3 (v.0.0.3)*. Zenodo.

101 Gibbons MBC, Thompson SM, Scott K, Schauble LA, Mooney T, Thompson D, et al. Supportive-expressive dynamic psychotherapy in the community mental health system: A pilot effectiveness trial for the treatment of depression. *Psychotherapy*. 2012;49:303–16.