

**HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE  
SERVIÇO DE PSIQUIATRIA  
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MÉDICA EM PSIQUIATRIA**

**Maria Alice Pedron Carneiro**

**Intervenções psicoterápicas baseadas em evidência para o tratamento de gestantes e puérperas com transtorno por uso de substâncias: Uma revisão sistemática**

Porto Alegre  
2022

Maria Alice Pedron Carneiro

**Intervenções psicoterápicas baseadas em evidência para o tratamento de gestantes e puérperas com transtorno por uso de substâncias: Uma revisão sistemática**

Trabalho de Conclusão de Residência apresentado ao Programa de Residência Médica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre como requisito parcial para obtenção do título de especialista em Psiquiatria.  
Orientador: Pedro Domingues Goi  
Coorientadora: Melina de Nogueira de Castro

Porto Alegre

2022

### CIP - Catalogação na Publicação

Pedron Carneiro, Maria Alice

Intervenções psicoterápicas baseadas em evidência para o tratamento de gestantes e puérperas com transtorno por uso de substâncias: Uma revisão sistemática / Maria Alice Pedron Carneiro. -- 2023. 23 f.

Orientador: Pedro Domingues Goi.

Coorientadora: Melina Nogueira de Castro.

Trabalho de conclusão de curso (Especialização) -- Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Programa de Residência Médica em Psiquiatria, Porto Alegre, BR-RS, 2023.

1. Psicoterapia. 2. Transtorno por Uso de Substâncias. 3. Gestantes. I. Domingues Goi, Pedro, orient. II. Nogueira de Castro, Melina, coorient. III. Título.

## RESUMO:

Uso de substâncias na gestação, é um complexo problema social e em saúde pública. O uso na gestação causa importante impacto para a mulher e para a criança. Já há evidência e recomendação da relevância de intervenções psicossociais como foco do tratamento. Assim, é fundamental a avaliação da efetividade em gestantes de estratégias psicoterápicas baseada em evidências para tratamento de transtorno por uso de substâncias. A revisão da literatura foi realizada em abril de 2022 na base de dados Pubmed, sem limitação temporal. O algoritmo de busca baseou-se na combinação dos termos: *(pregnancy OR postpartum) AND psychotherapy AND (drug abuse OR substance use disorder)*. A última atualização da pesquisa foi realizada no mês de julho de 2022. Foram incluídos os ensaios clínicos randomizados comparando intervenção psicoterápica vs. grupo controle que poderia incluir outra forma de intervenção psicoterápica ou psicossocial, aconselhamento, atendimento pré-natal usual. No total, foram incluídos, doze ensaios clínicos: dois estudos avaliaram rastreamento e intervenção breve virtual e presencial; três avaliaram entrevista motivacional; quatro avaliaram manejo de contingência, um avaliou psicoeducação, um avaliou Terapia Cognitivo Comportamental (TCC) com foco em prevenção a recaída e um avaliou TCC combinada a regulação emocional. Os desfechos avaliados nos ensaios clínicos englobam três grandes domínios: o desfecho primário da maioria dos estudos diz respeito a mudança no padrão de uso (abstinência ou redução do uso); o segundo domínio mais avaliado foram os desfechos neonatais e o terceiro, desfechos relacionados à saúde materna. Houve diferença significativa nas taxas de alcance de abstinência ou redução significativa do uso para estratégias de intervenção breve, psicoeducação e para dois dos quatro estudos que avaliaram intervenção de manejo de contingência. Desfechos positivos neonatais foram identificados para um dos ensaios clínicos avaliando entrevista motivacional e para um dos estudos de manejo de contingência. Os resultados encontrados demonstram a efetividade de intervenções psicoterápicas na mudança do padrão de uso de substâncias ao longo da gestação. A evidência ainda é insuficiente, no entanto, para compreendermos de que maneira o tratamento materno impacta os desfechos neonatais.

**Palavras-chave:** Intervenções psicoterápicas, gestante, transtorno por uso de substância.

## **ABSTRACT:**

Drug use in pregnancy is a complex social and public health problem. The consequences of drug use in pregnancy are high for both the woman and her child. There is evidence for the effectiveness of psychosocial interventions in drug treatment. It is relevant to evaluate the effectiveness of validated psychotherapy interventions for substance use disorder in pregnant women. **METHODS:** A literature search was conducted in April 2022 on the pubmed database. The search was based on the terms: (pregnancy OR postpartum) AND psychotherapy AND (drug abuse OR substance use disorder). We included Randomized Controlled Trials (RCT) comparing any psychotherapy interventions vs. a control intervention that could include a different psychosocial intervention, counseling, prenatal care or other treatment as usual. In total, twelve RCT were included: Two studies included intervention based on Screening and Brief Intervention delivered by both electronic or by a clinician compared to control. Three studies compared motivational interviewing with control conditions, four studies evaluated contingent management, one trials evaluated psychoeducation and self-help approach, one trial compared emotional regulation treatment and another evaluated Cognitive Behaviour Treatment coupled with relapse prevention. There were three main outcome domains, first achieved abstinence or substance use reduction, second domain was neonatal outcomes and third the maternal health outcomes. There was significant abstinence achievement or significant drug use reduction in the groups that received Screening and Brief Intervention with either electronic or clinician delivery, significant difference was also seen for the psychoeducation trial and for two from the four contingency management trials. Significant positive neonatal outcomes were found on trials using motivational interviewing and contingent management interventions. The found results demonstrate the effectiveness of psychotherapy interventions for abstinence achievement and drug use reduction. However, the evidence is still insufficient to understand the role of maternal drug use treatment on neonatal outcomes.

**Key-words:** Psychotherapy intervention, pregnancy, substance use disorder

## SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO .....	7
2. METODOLOGIA.....	9
3. RESULTADOS.....	10
3.1 Rastreamento e intervenção breve eletrônica ( <i>e-SBI</i> ) e intervenção breve eletrônica com referenciamento para tratamento ( <i>e-SBIRT</i> ) .....	10
3.2 Entrevista motivacional (EM) .....	11
3.3 Regulação emocional + TCC.....	13
3.4 TCC focada em Prevenção de Recaída.....	13
3.5 Psicoeducação e manual de auto-ajuda .....	13
3.6 Manejo de contingência .....	14
4. DISCUSSÃO.....	15
5. CONCLUSÃO.....	18
REFERÊNCIAS.....	18
APÊNDICES.....	21
FIGURA 1.....	21
TABELA 1.....	22
TABELA 2.....	23
TABELA 3.....	23

## 1. INTRODUÇÃO

O uso de álcool e outras substâncias psicoativas (SPA) é um importante e complexo problema de saúde pública. Sabe-se que, desde a década de 90, a incidência do uso de drogas lícitas e ilícitas vem crescendo gradualmente, especialmente entre mulheres em idade reprodutiva (TERPLAN *et al.*, 2015). A magnitude dessa questão, do ponto de vista da saúde pública, dá-se pelas múltiplas consequências deletérias tanto à saúde física quanto social da mãe e do bebê (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014).

A prevalência de consumo de substâncias psicoativas é significativa entre as gestantes. Em relação às drogas lícitas, identifica-se 16% de uso de tabaco e 8% de uso de álcool. Segundo a Pesquisa Nacional sobre Uso de Drogas e Saúde de 2013, estima-se que 5,4% das gestantes entre 15 e 44 anos façam uso de drogas ilícitas. Menos gestantes relatam uso de substâncias ilícitas no terceiro trimestre (2,4%) em relação ao primeiro e segundo trimestres (9 e 4,8%, respectivamente). A maconha é a droga ilícita mais utilizada e existe uma tendência à redução ao longo dos trimestres de gestação, chegando a 1,1% no último mês. O uso de cocaína é estimado em 1,1% ao longo de toda a gestação (BICCA; MENDES-RIBEIRO, 2019).

Desconhecem-se níveis seguros de consumo de substâncias psicoativas na gestação. Mulheres que fazem uso de álcool, drogas ilícitas e outras substâncias psicoativas durante a gestação, estão mais propensas a apresentar complicações obstétricas e perinatais do que a população em geral. As consequências deletérias mais bem estabelecidas são do uso de álcool que pode levar ao desenvolvimento da síndrome alcoólica fetal, defeitos congênitos, além de outros danos, como os envolvidos no uso drogas ilícitas e de outras substâncias psicoativas, como aborto espontâneo, natimorto, prematuridade, baixo peso ao nascer, descolamento prematuro de placenta, síndrome de abstinência neonatal, admissão em UTI neonatal e atraso no desenvolvimento cognitivo (TERPLAN *et al.*, 2015).

O impacto da exposição pré-natal às drogas não se restringe apenas aos efeitos diretos dessas substâncias. Dessa forma, observa-se também que há consequências como cuidados pré-natais inadequados, contexto socioeconômico desfavorável, violência doméstica, redução da qualidade do cuidado materno, o que pode levar a interrupção do cuidado parental, assim como interações disfuncionais materno-infantis.

Nesse contexto, há uma forte recomendação por parte da Organização Mundial da Saúde para a implementação do screening universal e da intervenção breve na população de gestantes que se encontram em situação de uso de substâncias psicoativas, uma vez que tais estratégias se mostram eficazes em mitigar os efeitos desse consumo (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014).

Em relação ao transtorno por uso de substâncias psicoativas em mulheres, sabe-se que, apesar de representar uma questão de saúde crescente, a população feminina está sub representada na maioria dos programas de tratamento. Pesquisas especificam barreiras para a entrada de mulheres em programas de tratamento, além de alguns casos em que há preferência de mulheres pela participação em programas de tratamento voltadas ao gênero exclusivamente feminino, por proporcionar um ambiente de tratamento mais seguro e confortável. Além disso, sabe-se que mulheres diferenciam-se dos homens por apresentarem fatores de risco diferentes, assim como distintas comorbidades, complicações médicas e ainda gatilhos distintos para a recaída (GREENFIELD *et al.*, 2007).

Além das questões relativas à dificuldade de acolhimento da população feminina em ambientes de tratamento para transtornos aditivos, outros desafios, relacionados especialmente às gestantes usuárias de drogas, são identificados. O estigma observado nessas condições é um exemplo. Com frequência, o uso de substâncias psicoativas, equivocadamente, não é reconhecido como uma condição médica, e, ao contrário disto, é vinculado a falha moral. Essa crença da sociedade apresenta um reflexo na oferta inadequada de serviços de assistência social e no baixo investimento em infraestruturas de tratamento de saúde dirigidos para o manejo do uso de drogas na gestação. Em relação a questões legais, essa distorção acerca da interpretação das condutas das gestantes com problemas aditivos pode gerar, inclusive, tomadas de decisão pouco efetivas. É observado que, a crença de que gestantes com transtorno por uso de substâncias apresentam poucas condições para exercer os cuidados de seus filhos pode gerar risco de perda de tutela do bebê. No entanto, poucos recursos terapêuticos são ofertados como estratégia de reabilitação na busca do melhor cuidado do binômio mãe-bebê (WEBER *et al.*, 2021).

Em geral, o foco do tratamento deve incluir, sobretudo, intervenções psicossociais, uma vez que demonstram ser as práticas mais eficazes. Mesmo nos transtornos por uso de opióides e benzodiazepínicos, para os quais a farmacoterapia



mostra-se eficaz, a combinação com intervenções psicossociais é superior à farmacoterapia isolada (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014).

Nesse contexto, o presente estudo objetiva uma revisão da literatura atual acerca de estratégias psicoterápicas disponíveis para o tratamento de gestantes e puérperas com transtorno por uso de substâncias. Assim como sobre a efetividade dessas intervenções.

## 2. METODOLOGIA

O presente estudo é uma revisão sistemática acerca das estratégias psicoterápicas utilizadas para o tratamento de gestantes e puérperas com transtorno por uso de substância. Foram selecionados artigos na base de dados Pubmed sem limitação temporal. O algoritmo de busca baseou-se na combinação dos termos: *(pregnancy OR postpartum) AND psychotherapy AND (drug abuse OR substance use disorder)*. A última atualização da pesquisa foi realizada no mês de julho de 2022.

Foram encontrados 337 artigos na base de dados que preencheram critérios para a revisão atual. Os artigos foram avaliados pelo título e resumo. Destes, foram excluídos 27 artigos por serem de língua não inglesa e dois por serem duplicados. Dos 308 artigos resultantes, 229 foram excluídos em uma primeira avaliação por não terem relação direta com o tema do estudo. Dos 70 artigos restantes, 49 foram excluídos em uma segunda análise com base no tipo de estudo, tendo sido excluídos guidelines institucionais e governamentais, revisões narrativas e sistemáticas, estudos não controlados e relatos de caso. De 20 ensaios clínicos randomizados (ECR) restantes, dois foram excluídos por motivo de população sem correspondência exata com o critério de inclusão, dois por motivos relacionados ao tipo de intervenção não configurar critério de inclusão psicoterápico, três excluídos por motivo de comparação não ser em relação a forma de tratamento aplicada e um por avaliar desfecho não relacionado a saúde. Ao final desta terceira análise, foram incluídos na presente revisão, um total de 12 artigos.

Os artigos selecionados foram divididos em relação ao tipo de substância e desfecho avaliado para cada uma das intervenções em estudo.

### 3. RESULTADOS

Os resultados encontrados nos diversos estudos avaliados estão dispostos de acordo com cada uma das técnicas empregadas conforme abaixo. Uma visão geral das características dos ensaios clínicos randomizados incluídos está disposta na tabela 1. Um resumo comparativo das diferentes abordagens psicoterápicas e os desfechos avaliados com resultado significativo pode ser consultado na tabela 2 e um resumo comparativo entre as diferentes abordagens psicoterápicas e os desfechos avaliados com resultado positivos e negativos dos desfechos primários e secundários.

#### 3.1 Rastreamento e intervenção breve eletrônica (e-SBI) e intervenção breve eletrônica com referenciamento para tratamento (e-SBIRT)

Dois estudos incluídos na revisão realizaram avaliação do uso de rastreamento e intervenção breve aplicados eletronicamente. O primeiro deles foi o estudo clínico randomizado conduzido por Ondersma *et al.* (2014). Esse estudo consistiu em uma sessão

administrada à puérperas, com duração de 20 minutos de intervenção breve e princípios de entrevista motivacional, por meio de um software que permite interatividade síncrona e reflexões empáticas. Um total de 143 puérperas, majoritariamente afro-americanas de baixa renda que atendiam os critérios para uso de substâncias, foram designadas de forma aleatória para um e-SBI ou para o grupo controle que consistia num software de conteúdo de entretenimento. A avaliação cega foi realizada em acompanhamento 3 e 6 meses após o parto. O desfecho primário de abstinência foi medido por meio da avaliação do *Timeline Follow-Back (TLFB)* dos 90 dias anteriores e do teste urinário para cocaína, maconha, anfetamina ou opióide. Na avaliação de 6 meses, foi incluída análise capilar. Como desfecho co-primário foram avaliados os dias de abstinência nos 90 dias prévios ao *follow-up*. Como desfecho secundário foram avaliadas diferenças nas consequências do uso de substâncias no follow up de 6 meses, como redução no uso de substâncias legais.

Os resultados demonstraram efeitos robustos para a abstinência confirmada de uso de drogas ilícitas na observação de 3 meses (OR = 3,3,  $p = 0,01$ ), assim como a

análise capilar aos 6 meses (OR = 4,8 , p = 0,018). Outros desfechos co-primários e secundários sugeriram tamanhos de efeito pequenos a moderados em favor do e-SBI, mas não alcançaram significância (ONDEERSMA *et al.*, 2014).

O segundo ensaio clínico randomizado incluído na revisão, que avaliou intervenções eletrônicas, foi conduzido por Yonkers *et al.* (2020). O estudo consistiu em dois grupos de intervenção, ambos compostos por sessões de 20 minutos de rastreamento, intervenção breve e referenciamento para tratamento. Em um grupo, a intervenção foi aplicada por clínicos (*SBIRT*) e no segundo grupo, aplicada de forma eletrônica (*e-SBIRT*). A amostra consistiu em mulheres que procuraram serviço de saúde reprodutiva. As que tiveram triagem positiva para uso de substância, eram aleatoriamente designadas para o grupo *SBIRT*, ou *e-SBIRT* ou uma condição de tratamento usual aprimorada. Foram realizados três momentos de acompanhamento após a randomização, em 1, 3 e 6 meses; sendo todos eles com a aplicação de *TLFB* dos dias anteriores à última avaliação, além de urianálise para detecção de anfetaminas, barbitúricos, benzodiazepínicos, buprenorfina, cocaína, metadona, opioides, oxicodona, cannabinoídes, álcool e nicotina.

Os resultados do ensaio clínico demonstraram que no acompanhamento de 6 meses, em comparação com o tratamento usual aprimorado, o *SBIRT* administrado pelo médico aumentou a prevalência de um mês de abstinência da substância primária em 7,7% pontos percentuais, e o *e-SBIRT* aumentou a abstinência em 12,8% pontos percentuais. Ambas as intervenções breves foram mais úteis do que o tratamento usual aprimorado e podem aumentar as taxas de abstinência de uso de substâncias entre mulheres em clínicas de saúde reprodutiva (YONKERS *et al.*, 2020).

### **3.2 Entrevista motivacional (EM)**

Houve três ECR incluídos na revisão que realizaram como intervenção a entrevista motivacional. Haug, Svikis e Diclemente (2004), aplicaram o modelo tradicional de EM, enquanto, Kropp *et al.* (2010) e Yonkers *et al.* (2012) utilizaram-se de protocolos modificados de entrevista motivacional.

O ensaio clínico conduzido por Haug, Svikis e Diclemente (2004) comparou EM para redução de tabagismo com tratamento usual de aconselhamento pelo médico clínico em 63 gestantes tabagistas e dependentes de opioides que buscaram tratamento para uso de substância. Um acompanhamento de 10 semanas, com auto-

monitoramento e análise biológica de CO e cotidina no ar expirado foi realizado para mensurar diferenças entre o grupo EM e o grupo controle. Não houve diferença significativa entre o grupo de intervenção e o grupo controle para o uso de nicotina, nem para o desfecho secundário avaliado de redução no uso de outras substâncias. No entanto, foi avaliado que as gestantes submetidas a EM avançaram mais no *continuum* de mudança de estágio motivacional do que as que receberam o tratamento usual. (HAUG, SVIKIS e DICLEMENTE, 2004)

### **3.2.1 Entrevista motivacional para gestantes com TUS (MET-PS)**

A entrevista motivacional para gestantes com transtorno por uso de substâncias é composta por técnicas de intervenção breve descritas por Miller e colegas, modificadas especificamente para gestantes com transtorno por uso de substâncias. Há um estudo clínico randomizado incluído nesta revisão que avalia essa intervenção específica.

O estudo de Kropp *et al.* (2010), conduzido pelo *National Institute on Drug Abuse (NIDA)*, avaliou 200 gestantes admitidas para tratamento ambulatorial por TUS. As gestantes foram aleatoriamente distribuídas no grupo que receberia três sessões individuais de *MET-PS* e no grupo controle caracterizado por receber o tratamento usual. Os desfechos mensurados foram: adesão ao atendimento pré-natal, engajamento a atividades saudáveis para a gravidez e estresse. Houve um aumento significativo na taxa de comparecimento ao pré-natal ( $Z = 5.33, p < .001$ ). O nível de estresse demonstrou uma queda significativa ( $W = -1785.5, p < .001$ ). Em relação ao engajamento em atividades saudáveis para a gestação, só houve efeito significativo da intervenção para dois dos comportamentos modificáveis observados, aumento da adesão à tomada de suplementos multivitamínicos e ingestão de água. (KROPP *et al.*, 2010)

### **3.2.2 Entrevista motivacional associada à TCC (MET-CBT)**

Yonkers *et al.* (2012), avaliou 168 gestantes com rastreio positivo para o uso de álcool e outras substâncias. Obstetras clínicos forneceram aconselhamento breve e enfermeiras em formação ofereceram protocolos de entrevista motivacional associados à TCC. O desfecho primário avaliado foi a porcentagem de dias sem uso

de substâncias nos 28 dias prévios ao parto; o desfecho co-primário foi a porcentagem de dias sem uso de substâncias nos três meses após o parto. O desfecho secundário avaliado foi a prematuridade e baixo peso ao nascer. Os resultados mostraram resultados similares entre os grupos, sem diferença significativa para os desfechos primários. Houve uma tendência de redução do risco de prematuridade no grupo recebendo entrevista motivacional associada à TCC ( $p=0.08$ ). Não houve diferença estatisticamente significativa para baixo peso ao nascer (YONKERS *et al.*, 2012).

### **3.3 Regulação emocional + TCC**

O ensaio clínico conduzido por Bradizza *et al.* (2017) atentou-se para a avaliação de uma intervenção baseada em 8 sessões de regulação emocional associada a TCC para cessação de tabagismo, tendo como grupo controle a administração do tratamento usual de TCC para cessação de tabagismo associado a psicoeducação em saúde e estilo de vida saudável. Os resultados demonstraram maiores taxas de abstinência em 2 e 4 meses para o grupo submetido a intervenção contendo regulação emocional. Apesar de odds ratio elevado, a diferença não foi estatisticamente significativa. No desfecho secundário que avaliou a redução do número de cigarros/dia, houve redução significativa a curto prazo no ponto de mensuração de 2 meses, mas não se manteve no ponto de 4 meses (BRADIZZA *et al.*, 2017).

### **3.4 TCC focada em Prevenção de Recaída**

O'Neill *et al.* (1996) realizou ensaio clínico com 80 gestantes com transtorno por uso de opioide. 40 delas foram alocadas no grupo que recebeu a intervenção de 6 sessões de TCC focada em prevenção de recaída, associado a terapia de manutenção de metadona. O grupo controle recebia a terapia de manutenção de metadona isoladamente. Os resultados não demonstraram redução significativa na frequência ou intensidade do uso de opioide. No entanto, houve redução estatisticamente significativa dos comportamentos de risco relacionados com o uso de drogas injetáveis (O'NEILL *et al.*, 1996).

### **3.5 Psicoeducação e manual de auto-ajuda**

Reynolds *et al.* (1995) realizou intervenção com uso de 10 minutos de sessão de psicoeducação em gestantes com uso de álcool, associado a um manual de autoajuda com 9 passos para ser completado ao longo de 9 dias em casa, com objetivo de avaliar desfecho primário de interrupção de uso de álcool. O desfecho secundário avaliado foi redução na frequência e intensidade de uso. Houve interrupção do uso de álcool significativamente maior no grupo submetido à intervenção de psicoeducação e autoajuda; houve redução da intensidade e frequência do uso também significativamente maior no grupo da intervenção (REYNOLDS *et al.*, 1995).

### **3.6 Manejo de contingência**

O ensaio clínico de Tuten *et al.* (2012) contou com 102 gestantes participantes. Foi realizada a randomização das 102 gestantes participantes entre três grupos, o primeiro recebeu a intervenção de manejo de contingência de vouchers escalonados conforme a redução do uso de nicotina e manutenção da abstinência, o segundo grupo recebeu incentivos não contingentes, ou seja, recebiam vouchers também escalonados, mas de forma independente da redução no uso de nicotina e o terceiro grupo não recebeu incentivos, apenas tratamento usual. Os desfechos primários avaliados foram: 1. taxas de CO ao longo das 12 semanas de intervenção; 2. proporção de participantes que alcançaram alvos de redução/ abstinência; 3. quantidade de cigarros/dia conforme auto-monitoramento. Os desfechos secundários avaliados foram: 1. valor total recebido de voucher; 2. desfechos maternos e neonatais (incluindo exame toxicológico no parto, baixo peso ao nascer, prematuridade, APGAR e tempo de internação). Os resultados demonstraram que o grupo que recebeu a intervenção de manejo de contingência escalonado teve taxa de CO significativamente menor e alcançou maiores taxas de abstinência. Não houve mudança significativa nos desfechos neonatais (TUTEN *et al.*, 2012).

O segundo ensaio clínico que avaliou o efeito de reforço positivo, na forma de gratificação financeira, foi Brigham *et al.* (2010). Este estudo consiste em uma análise secundária de um ensaio clínico randomizado que havia comparado entrevista motivacional em relação ao tratamento usual. Na análise secundária, avaliou-se a hipótese de que o reforço monetário do grupo que recebeu a intervenção da pesquisa pudesse estar relacionado com os desfechos de aumento da adesão à intervenção

psicoterápica. O desfecho primário avaliado foi o comparecimento a consultas consecutivas e o desfecho secundário foi o número de sessões de comparecimento. Ambos os desfechos avaliados tiveram efeito significativo do aumento da adesão relacionado ao incentivo financeiro (BRIGHAM *et al.*, 2010).

No estudo de Jones, O'Grady e Tuten (2012), foi realizada a comparação entre tratamento baseado em reforço e tratamento usual. A intervenção chamada tratamento baseado em reforço consistiu no tratamento usual, adicionado de planejamento de tratamento individualizado, gráfico de comportamento, recreação, grupos de reforço vocacional e por pares. Os desfechos mensurados foram agrupados em três domínios: tratamento, parto e neonatais. Em relação ao tratamento, foram avaliados adesão ao tratamento, uso de cocaína e heroína, empregabilidade e envolvimento em atividades ilegais. No domínio de desfechos do parto, foram avaliados permanência na casa de reabilitação até o parto e rastreamento toxicológico no parto. Nos desfechos neonatais, foram avaliados prematuridade, peso ao nascer e dias de hospitalização. Os resultados demonstraram efeito significativo da intervenção para maior tempo de permanência em tratamento, além de maior permanência em casa de reabilitação. Não houve diferença significativa no uso de substâncias ilícitas entre os grupos. Em relação aos desfechos neonatais, houve redução significativa do tempo de hospitalização. Já em relação à prematuridade e ao peso no nascimento, não houve efeito estatisticamente significativo (JONES; O'GRADY; TUTEN, 2012).

Schottenfeld, Moore e Pantalón (2011) usou um desenho de estudo 2x2, em que as 145 participantes foram randomizadas para o grupo de reforço comunitário ou programa de 12 passos, associado a incentivo financeiro de contingência ou voucher independente do resultado toxicológico. Os desfechos primários incluíram o maior período de abstinência alcançado, proporção de toxicológicos negativos e porcentagem dos dias em uso de cocaína. Os resultados demonstraram que o manejo de contingência tem efeito significativo em maiores períodos de abstinência alcançados, proporção significativamente maior de toxicológicos negativos e maior proporção de abstinência documentada. O reforço comunitário não se relacionou significativamente com nenhum desfecho (SCHOTTENFELD; MOORE; PANTALON, 2011).

#### **4. DISCUSSÃO**

Essa revisão identificou 12 ensaios clínicos randomizados que avaliaram o uso de intervenções psicoterápicas em mulheres gestantes ou puérperas com problemas relacionados ao uso de substâncias psicoativas. Em relação ao tipo de intervenção, os estudos se dividiram em dois que avaliaram intervenção breve (ONDRSMA *et al.*, 2014; YONKERS *et al.*, 2020); três cuja intervenção era baseada em entrevista motivacional (HAUG, SVIKIS e DICLEMENTE, 2004; KROPP *et al.*, 2010; YONKERS *et al.*, 2012); um avaliou TCC com foco em prevenção à recaída (O'NEILL *et al.*, 1996); um baseado em TCC combinada com regulação emocional (BRADIZZA *et al.*, 2017); um de psicoeducação (REYNOLDS *et al.*, 1995) e 4 que incorporaram manejo de contingência (TUTEN *et al.*, 2012; BRIGHAM *et al.*, 2010; JONES; O'GRADY; TUTEN, 2012; SCHOTTENFELD; MOORE; PANTALON, 2011). Todas as intervenções proporcionaram mudança significativa em pelo menos um desfecho dos três grandes domínios: padrão de uso da substância, desfechos de saúde materna ou desfechos neonatais. Entretanto, estudos relativos a uma mesma técnica psicoterápica baseada em evidência diferem em suas metodologias de intervenção, o que impossibilita agrupar os resultados relativos às mesmas intervenções. Dentre 10 ECR que avaliaram como desfecho primário a redução no padrão de uso (ONDRSMA *et al.*, 2014; YONKERS *et al.*, 2020; HAUG, SVIKIS e DICLEMENTE, 2004; YONKERS *et al.*, 2012; BRADIZZA *et al.*, 2017; O'NEILL *et al.*, 1996; REYNOLDS *et al.*, 1995; SCHOTTENFELD; MOORE; PANTALON, 2011; TUTEN *et al.*, 2012; JONES; O'GRADY; TUTEN, 2012), 7 tiveram redução significativa do uso ou abstinência (ONDRSMA *et al.*, 2014; YONKERS *et al.*, 2020; HAUG, SVIKIS e DICLEMENTE, 2004; BRADIZZA *et al.*, 2017; REYNOLDS *et al.*, 1995; SCHOTTENFELD; MOORE; PANTALON, 2011; TUTEN *et al.*, 2012).

O uso de substâncias ilícitas está associado a uma miríade de complicações para o binômio, mãe e seu recém-nascido. Essas complicações podem causar tanto prejuízos econômicos, quanto impactos sociais. Por isso, planejar formas de reduzir a prevalência do consumo dessas substâncias pela população de gestantes parece fundamental. A abstinência é particularmente um importante desfecho a ser avaliado como indicador, dado seu impacto (YONKERS *et al.*, 2020). Assim, uma vez que o desfecho primário de 8 dos estudos incluídos nesta revisão foi a abstinência, pode-se inferir uma adequada aplicabilidade dos resultados obtidos nesta revisão (ONDRSMA *et al.*, 2014; YONKERS *et al.*, 2020; YONKERS *et al.*, 2012; BRADIZZA



et al., 2017; REYNOLDS et al., 1995; SCHOTTENFELD; MOORE; PANTALON, 2011; TUTEN et al., 2012; JONES; O'GRADY; TUTEN, 2012).

Em um cenário de saúde pública em que se evidencia a escassez de investimentos, são observadas limitações como tempo de trabalho de profissionais da saúde, além de obstáculos logísticos, o que se configura em um desafio para a aplicabilidade de intervenções profissional-dependente. Mesmo a integração das intervenções breves na prática médica parece um desafio. A tecnologia pode facilitar o processo de identificação e abordagem inicial do uso de SPA no período perinatal. Além disso, muitos profissionais médicos expressam desconforto em realizar o rastreamento e as intervenções, além de questionar sua efetividade. A privacidade proporcionada pelo uso de fones também é uma possível vantagem aventada como estratégia de superação de obstáculos da intervenção feita por profissionais, além de demonstrar uma elevada aceitabilidade da intervenção. Nesse contexto, a intervenção breve eletrônica é particularmente atraente, pois mostra índices semelhantes de eficácia, com a vantagem de exigir menos recursos do que as intervenções breves realizadas pelo médico (ONDERSMA *et al.*, 2014).

A despeito dos resultados significativos encontrados em relação ao aumento de índices de abstinência com as intervenções psicoterápicas estudadas, 4 dos estudos que avaliaram os resultados longitudinais de manutenção da abstinência não demonstraram resultados promissores. Tuten et al. (2012) sugerem que tratamentos futuros devem incorporar durações mais longas para contrapor as elevadas taxas de recaída após tratamento (TUTEN *et al.*, 2012).

Em relação aos desfechos relacionados ao domínio de saúde materna, verifica-se que ainda há uma escassez de estudos clínicos randomizados que incluam esse domínio em suas avaliações. Apenas 2 dos estudos incluídos nesta revisão se ocupam de tais desfechos (KROPP *et al.*, 2010; O'NEILL *et al.*, 1996). A avaliação do impacto das intervenções psicoterápicas nas taxas de adesão ao pré-natal, assim como em comportamentos gestacionais saudáveis modificáveis, é de fundamental importância, dado que tais variáveis estão relacionadas a melhores desfechos perinatais, mesmo em gestantes usuárias de substâncias (KROPP *et al.*, 2010).

Em relação ao domínio de desfechos neonatais, 3 dos ensaios clínicos randomizados ocuparam-se de avaliar o impacto das intervenções psicoterápicas nessas variáveis (YONKERS *et al.*, 2020; TUTEN et al., 2012; JONES; O'GRADY; TUTEN, 2012). No entanto, apenas dois encontraram resultados com diferença

significativa (YONKERS et al., 2020; JONES; O'GRADY; TUTEN, 2012). Para Yonkers et al. (2012), TCC combinada à entrevista motivacional demonstrou redução significativa no número de partos prematuros, quando comparado a intervenção breve. Enquanto Jones et al. (2011) encontraram que o uso da ferramenta de manejo de contingência proporcionou redução significativa do tempo de internação neonatal, em relação ao tratamento usual. Embora os estudos levantem a hipótese deste resultado estar associado a reduções não significativas do uso de substância, ambos são insuficientes para compreendermos de que maneira o tratamento materno impacta nos desfechos neonatais, o que demonstra a fragilidade da literatura em ainda compreender como intervenções psicoterápicas baseadas em evidência podem ter um impacto na saúde do recém nascido.

## 5. CONCLUSÃO

Intervenções psicoterápicas são uma ferramenta de tratamento de transtorno por uso de substâncias, com impacto na redução do uso de SPA nessa população. As particularidades gestacionais como impedimento para uso de intervenções farmacológicas, torna ainda mais relevante o estabelecimento do tratamento psicoterápico com maior efetividade para esta população, buscando-se como desfecho não apenas o alcance da abstinência, mas a repercussão da mudança no padrão do uso em desfechos neonatais e obstétricos. Como limitações do presente trabalho e estabelecimento de perspectivas futuras, é importante que se expanda as bases, assim como incluir outros delineamentos de estudo. Seria importante ainda ampliar o critério de inclusão, visando englobar intervenções psicossociais, além das intervenções psicoterápicas; assim como, avaliações de custo-efetividade das abordagens terapêuticas destinadas à população de interesse.

## REFERÊNCIAS

Terplan M, Ramanadhan S, Locke A, Longinaker N, Lui S. **Psychosocial interventions for pregnant women in outpatient illicit drug treatment programs compared to other interventions**. Cochrane Database Syst Rev. 2015;(4):CD006037. Published 2015 Apr 2.  
doi:10.1002/14651858.CD006037.pub3

World Health Organization. (2014) **Guidelines for the identification and management of substance use and substance use disorders in pregnancy**. Geneva: World Health Organization.

Bicca C. e Mendes-Ribeiro J. Gestantes e Perinatal. In: Diehl A, Cordeiro DC, Laranjeira R. **Dependência Química: Prevenção, Tratamento e Políticas Públicas**. 2a. Ed. Porto Alegre: Artmed, 2019.

Greenfield SF, Trucco EM, McHugh RK, Lincoln M, Gallop RJ. **The Women's Recovery Group Study: a Stage I trial of women-focused group therapy for substance use disorders versus mixed-gender group drug counseling**. *Drug Alcohol Depend.* 2007;90(1):39-47. doi:10.1016/j.drugalcdep.2007.02.009

Weber A, Miskle B, Lynch A, Arndt S, Acion L. **Substance Use in Pregnancy: Identifying Stigma and Improving Care**. *Subst Abuse Rehabil.* 2021;12:105-121. Published 2021 Nov 23. doi:10.2147/SAR.S319180.

Kassada, Danielle Satie et al. **Prevalência do uso de drogas de abuso por gestantes**. *Acta Paulista de Enfermagem*. 2013, v. 26, n. 5, pp. 467-471. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0103-21002013000500010>>. Epub 13 Jan 2014. ISSN 1982-0194. <https://doi.org/10.1590/S0103-21002013000500010>.

Ondersma SJ, Svikis DS, Thacker LR, Beatty JR, Lockhart N. **Computer-delivered screening and brief intervention (e-SBI) for postpartum drug use: a randomized trial**. *J Subst Abuse Treat.* 2014 Jan;46(1):52-9. doi: 10.1016/j.jsat.2013.07.013. Epub 2013 Sep 16. PMID: 24051077; PMCID: PMC3818299.

Yonkers KA, Dailey JI, Gilstad-Hayden K, Ondersma SJ, Forray A, Olmstead TA, Martino S. **Abstinence outcomes among women in reproductive health centers administered clinician or electronic brief interventions**. *J Subst Abuse Treat.* 2020 Jun;113:107995. doi: 10.1016/j.jsat.2020.02.012. Epub 2020 Feb 24. PMID: 32359666; PMCID: PMC8372233.

Haug NA, Svikis DS, Diclemente C. **Motivational enhancement therapy for nicotine dependence in methadone-maintained pregnant women**. *Psychol Addict Behav.* 2004 Sep;18(3):289-92. doi: 10.1037/0893-164X.18.3.289. PMID: 15482085.

Kropp F, Winhusen T, Lewis D, Hague D, Somoza E. **Increasing prenatal care and healthy behaviors in pregnant substance users**. *J Psychoactive Drugs.* 2010 Mar;42(1):73-81. doi: 10.1080/02791072.2010.10399787. PMID: 20464808; PMCID: PMC2965415.

Yonkers KA, Forray A, Howell HB, Gotman N, Kershaw T, Rounsaville BJ, Carroll KM. **Motivational enhancement therapy coupled with cognitive behavioral therapy versus brief advice: a randomized trial for treatment of hazardous substance use in pregnancy and after delivery.** *Gen Hosp Psychiatry.* 2012 Sep-Oct;34(5):439-49. doi: 10.1016/j.genhosppsych.2012.06.002. Epub 2012 Jul 12. PMID: 22795046; PMCID: PMC3428516.

Bradizza CM, Stasiewicz PR, Zhuo Y, Rusczyk M, Maisto SA, Lucke JF, Brandon TH, Eiden RD, Slosman KS, Giarratano P. **Smoking Cessation for Pregnant Smokers: Development and Pilot Test of an Emotion Regulation Treatment Supplement to Standard Smoking Cessation for Negative Affect Smokers.** *Nicotine Tob Res.* 2017 May 1;19(5):578-584. doi: 10.1093/ntr/ntw398. PMID: 28403472; PMCID: PMC5939632.

O'Neill K, Baker A, Cooke M, Collins E, Heather N, Wodak A. **Evaluation of a cognitive-behavioural intervention for pregnant injecting drug users at risk of HIV infection.** *Addiction.* 1996 Aug;91(8):1115-25. doi: 10.1046/j.1360-0443.1996.91811154.x. PMID: 8828240.

Reynolds KD, Coombs DW, Lowe JB, Peterson PL, Gayoso E. **Evaluation of a self-help program to reduce alcohol consumption among pregnant women.** *Int J Addict.* 1995 Mar;30(4):427-43. doi: 10.3109/10826089509048735. PMID: 7607777.

Tuten M, Fitzsimons H, Chisolm MS, Nuzzo PA, Jones HE. **Contingent incentives reduce cigarette smoking among pregnant, methadone-maintained women: results of an initial feasibility and efficacy randomized clinical trial.** *Addiction.* 2012 Oct;107(10):1868-77. doi: 10.1111/j.1360-0443.2012.03923.x. Epub 2012 Jun 21. PMID: 22716774; PMCID: PMC3439534.

Brigham G, Winhusen T, Lewis D, Kropp F. **Incentives for retention of pregnant substance users: a secondary analysis.** *J Subst Abuse Treat.* 2010 Jan;38(1):90-5. doi: 10.1016/j.jsat.2009.05.005. Epub 2009 Jul 3. PMID: 19577405; PMCID: PMC2789836.

Jones HE, O'Grady KE, Tuten M. **Reinforcement-based treatment improves the maternal treatment and neonatal outcomes of pregnant patients enrolled in comprehensive care treatment.** *Am J Addict.* 2011 May-Jun;20(3):196-204. doi: 10.1111/j.1521-0391.2011.00119.x. Epub 2011 Mar 8. PMID: 21477047; PMCID: PMC3084548.

Schottenfeld RS, Moore B, Pantalon MV. **Contingency management with community reinforcement approach or twelve-step facilitation drug counseling for cocaine dependent pregnant women or women with young children.** *Drug Alcohol Depend.* 2011 Oct 1;118(1):48-55. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2011.02.019. Epub 2011 Mar 31. PMID: 21454024.

## APÊNDICES

**FIGURA 1** – Fluxograma de seleção, inclusão e exclusão dos artigos gerados pela revisão de acordo com o protocolo Prisma.

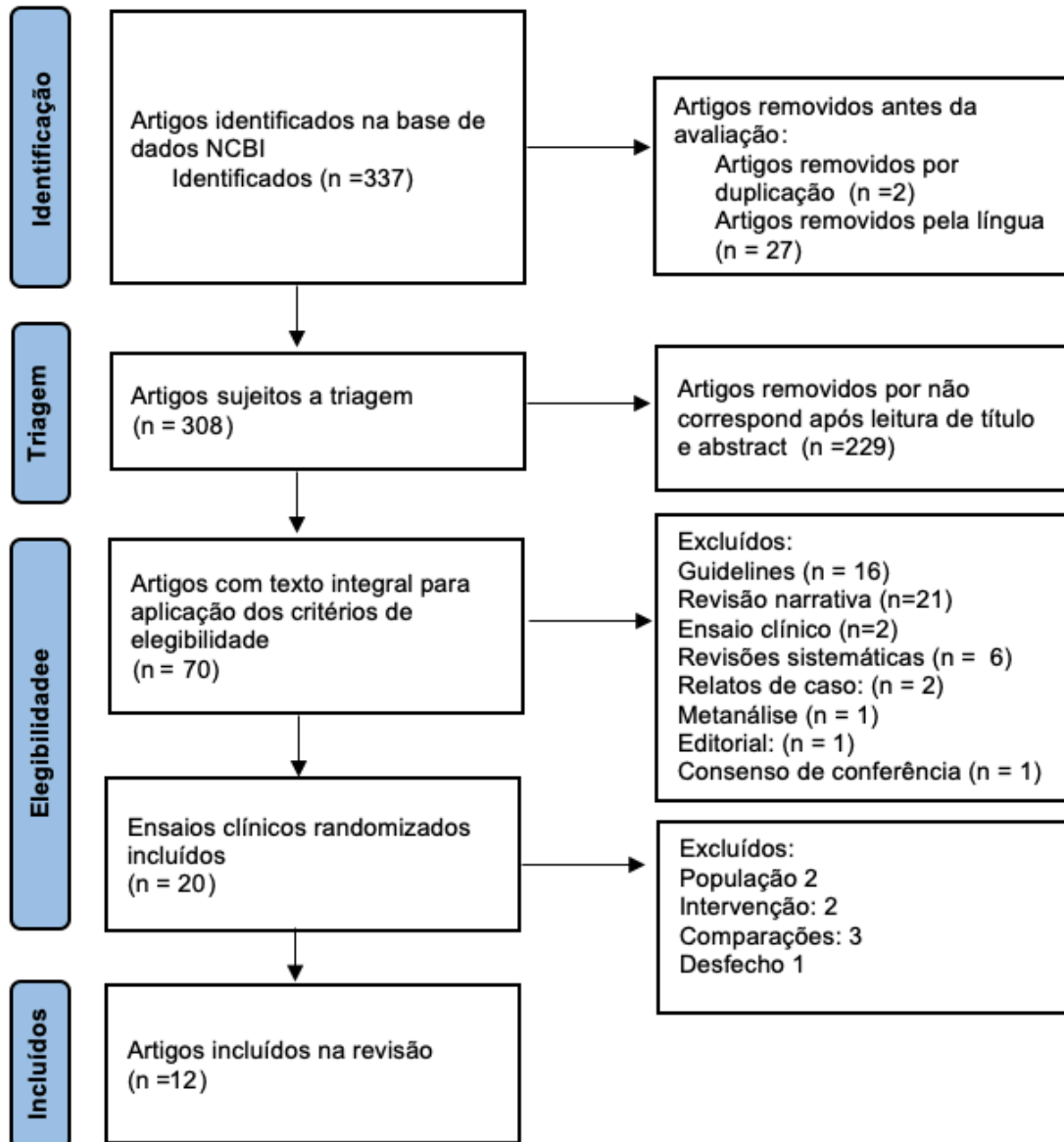


Tabela 1 – Características dos ensaios clínicos randomizados incluídos, dados agrupados conforme a estratégia PICO.

Publicação	Autor	País	N	Pop	Substância	Intervenção	Controle	Pontos de aferição	Desfecho	Efeito positivo no desfecho primário
Computer-delivered screening and brief intervention (e-SBI) for postpartum drug use: a randomized trial	Ondersma SJ 2014 <sup>7</sup>	EUA	143	Puérpera	Maconha (76.9%), Cocaína (11%), anfetaminas ou opioides (9.1%)	1. e-SBI	Software de treinamento	T0: ASSIST T1: 3 meses pós parto: TLFB e teste de urina T2: 6 meses pós parto: TLFB, teste urinário e capilar	Primário: <b>1. Prevalência de abstinência 7 dias prévios ao follow-up: efeito robusto</b> T1: OR = 3.3, p = 0.01 T2: OR = 4.3, p = .018 <b>2. Redução do uso nos 90 dias prévios ao follow-up</b> Efeito pequeno a moderado, sem significância. Secundário: <b>3. Redução no uso de outras substâncias (tabaco, álcool)</b> Efeito pequeno a moderado, sem significância.	S
Abstinence outcomes among women in reproductive health centers administered clinician or electronic brief interventions.	Yonkers KA 2020 <sup>8</sup>	EUA	439	Pré-concepcional e pré-natal	Nicotina (57.2%), álcool (11.6%), ou substância ilícitas (31.2%).	1. e-SBIRT 2. SBIRT com clínico	EUC	T0: ASSIST T1: 1 mês: TLFB + teste de urina T2: 3 meses: TLFB + teste de urina T3: 6 meses: TLFB + teste de urina	Abstinência: T1: OR = 12.9, p=0.003 T2: OR = 2.7, p=0.035 SBIRT T1: OR = 11.4, p=0.007 T2: OR = 2.1, p=0.148	S
Motivational enhancement therapy for nicotine dependence in methadone-maintained pregnant women	Haug NA 2004 <sup>9</sup>	EUA	63	Gestantes	Opióide (100%), nicotina (100%), cocaína (65%), álcool (27%), maconha (16%)	MET	TAU	T0: Baseline T1: 10 semanas após randomização: auto-monitoramento + medição cotidiana + urina (subs. ilícitas)	Primário: <b>1. Cessação tabagismo:</b> Sem mudança significativa Secundário: <b>2. Avanço de estágio motivacional:</b> Maior em MET <b>3. Uso de outras substâncias:</b> Sem mudança significativa	N
Increasing prenatal care and healthy behaviors in pregnant substance users.	Kropp F 2010 <sup>10</sup>	EUA	200	Gestantes	Álcool, cocaína, maconha, opioides, metanfetamina, benzodiazepínicos e outros	MET-PS	TAU	T0: Baseline T1: 1 mês após fim da intervenção T2: 3 meses após fim da intervenção	<b>1. Adesão ao pré natal:</b> Aumento significativo (Z = 5.33, p < .001) <b>2. Nivel de stress:</b> redução significativa (W = -1785.5, p < .001) <b>3. Adesão a comportamentos saudáveis:</b> aumento significativo apenas da ingestão de multivitamínicos e água	S
Motivational Enhancement Therapy Coupled with Cognitive Behavioral Therapy versus Brief Advice: A Randomized Trial for Treatment of Hazardous Substance Use in Pregnancy and After Delivery	Yonkers KA 2012 <sup>11</sup>	EUA	168	Gestantes	Álcool, maconha, cocaína, anfetaminas, alucinógenos e opioides	MET-CBT	Aconselhamento breve	T0: Baseline (TWEAK e rastreio outras substâncias) T1: Parto: TLFB + urina + bafômetro T2: 3 meses pós parto: TLFB + urina + bafômetro	Primário: <b>1. Prevalência de abstinência nos 28 dias prévios ao parto:</b> Não houve diferença significativa. <b>2. Prevalência de abstinência nos 3 meses pós parto:</b> Não houve diferença significativa. Secundário: <b>3. Parto prematuro:</b> Menor risco (p=0.08)	S
Smoking Cessation for Pregnant Smokers: Development and Pilot Test of an Emotion Regulation Treatment Supplement to Standard Smoking Cessation for Negative Affect Smokers.	Bradizza CM 2017 <sup>12</sup>	EUA	70	Gestantes	Múltiplas substâncias	Regulação emocional + TCC	TAU + Saúde e bem estar	T0: Baseline: BSCQ-A, NA; MINI, FTND T1: 2 meses: TLFB, Urina (cotidina e ilícitas) T2: 4 meses	Primário: <b>1. Abstinência 7 dias prévios ao follow-up 1, 2 e 3:</b> Não significativa Secundário: <b>2. Redução n cigarros/dia 7 dias prévios ao follow-up:</b> Significativa em t1, não significativa em t2	N
Evaluation of a cognitive-behavioural intervention for pregnant injecting drug users at risk of HIV infection.	O'Neill K 1996 <sup>13</sup>	Austrália	80	Gestantes	Heroína (85%), tabaco (91%), canabí (59%), tranquilizantes (42%) álcool (32%), outros opioides (16%), cocaína (15%) anfetaminas (10%)	TCC	TAU	T0: Baseline T1: Final da aplicação intervenção (6 semanas da randomização: HRBS e escada de uso OTI T2: 9 meses da randomização	Primário: <b>1. Frequência/intensidade do uso:</b> Sem diferença significativa Secundário: <b>2. Comportamentos de risco relacionados ao uso de drogas injetáveis:</b> Redução significativa <b>3. Comportamentos sexuais de risco:</b> Sem diferença significativa	N
Evaluation of a self-help program to reduce alcohol consumption among pregnant women.	Reynolds KD 1995 <sup>14</sup>	EUA	78	Gestantes	Álcool	Psicoeducação e manual de auto-ajuda	TAU	T0: Baseline T1: 2 semanas após randomização: Avaliação dos passos completados e uso de álcool auto-reportado T2: 1 mês após randomização	Primário: <b>1. Abstinência:</b> Redução significativa Secundário: <b>2. Frequência e intensidade do uso:</b> Redução significativa	S
Contingent incentives reduce cigarette smoking among pregnant, methadone-maintained women: results of an initial feasibility and efficacy randomized clinical trial	Tuten M 2012 <sup>15</sup>	EUA	102	Gestantes	Múltiplas substâncias	Manejo de contingência	1. NCBI 2. TAU	T0: Baseline: CO expirado, urianálise (cocaína, opioides e cotidiana) T1: 1 mês após randomização T2: 2 meses após randomização T3: 6 semanas pós parto	Primários: <b>1. Taxas de CO:</b> Redução significativa <b>2. Taxa de alcance de metas de redução de uso/abstinência:</b> Significativamente maior <b>3. Cigarros/dia:</b> Significativamente menor Secundários: <b>4. Valor obtido de voucher:</b> Sem diferença significativa <b>5. Desfechos neonatais e maternos:</b> Sem diferença significativa	S
Incentives for retention of pregnant substance users: a secondary analysis	Brigham G 2010 <sup>16</sup>	EUA	175	Gestantes	Maconha (35%), cocaína (27%), álcool (12%), metanfetamina (8%), opioides (4%)	Incentivo financeiro à participação em pesquisa (MET-PS x TAU)	TAU	T0: Baseline T1: 1 mês após fim da intervenção T2: 3 meses após fim da intervenção	Primário: <b>1. Adesão ao to em semanas consecutivas:</b> aumento significativa Secundário: <b>2. Total de semanas de adesão ao to:</b> aumento significativa	S
Reinforcement-based treatment improves the maternal treatment and neonatal outcomes of pregnant patients enrolled in comprehensive care treatment.	Jones HE 2011 <sup>17</sup>	EUA	89	Gestantes	Opióide e cocaína	Reinforcement-Based Treatment (RBT)	TAU	T0: Baseline T1: 1 mês pós randomização T2: Parto	<b>1. Abstinência:</b> Sem diferença significativa <b>2. Adesão ao tratamento:</b> Aumento significativo <b>3. Tempo de internação Neonatal:</b> Redução significativa	N
Contingency management with community reinforcement approach or twelve-step facilitation drug counseling for cocaine dependent pregnant women or women with young children.	Schottenfeld RS 2011 <sup>18</sup>	EUA	145	Gestantes e puérperas	Cocaína	Reforço comunitário e manejo de contingência / facilitação em 12 passos e manejo de contingência	Voucher não contingenciado	T0: Baseline T1: 3 meses após início da intervenção T2: 6 meses após início da intervenção T3: 9 meses após início da intervenção	<b>1. Abstinência ininterrupta:</b> Contingência > voucher <b>2. Proporção de toxicológicos negativos:</b> Contingência > voucher <b>3. Percentual de dias usando cocaína ao longo do tratamento:</b> Redução não significativa	S

Nota: e-SBI = Electronic Brief Intervention; ASSIST: Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test; TLFB: Timeline Follow-Back approach; SBIRT = Screening, brief intervention, and referral to treatment; e-SBIRT: Electronic screening, brief intervention, and referral to treatment; EUC: Enhanced Usual Care; MET: Motivational Enhancement Treatment; TAU: Treatment as usual; MET-PS: Motivational Enhancement Therapy for pregnant substance users; MET-CBT: Motivational Enhancement Therapy coupled with Cognitive Behavioral Therapy; TWEAK: Screening acronym; TCC: Terapia cognitivo-comportamental; BSCQ-A Brief Smoking Consequences Questionnaire-Adult; MINI: Mini International Neuropsychiatric Interview; FTND: Fagerstrom Test for Nicotine Dependence; HRBS: HIV Risk-taking Behaviour Scale; OTI: Opiate Treatment Index; NCBI = Non-contingent behavioral incentive. RBT: Reinforcement-Based Treatment.

Tabela 2 – Resumo comparativo entre as diferentes abordagens psicoterápicas e os desfechos avaliados com resultado significativo.

	Desfecho									
	Relacionado ao uso de substância					Maternos			Neonatais	
	Abstinência	Redução do uso	Avanço de estágio motivacional	Adesão ao tratamento TUS	Maior adesão pré-natal	Stress	Redução de comportamentos de risco relacionados a uso de seringas compartilhadas	Prematuridade	Redução tempo de internação neonatal	Redução tempo de internação neonatal
Screening e intervenção breve virtual	Ondersma SJ 2014 Yonkers KA 2020									
Screening e intervenção breve presencial	Yonkers KA 2020									
Entrevista motivacional			Haug NA 2004							
Entrevista motivacional para gestantes TUS					Kropp F 2010	Kropp F 2010				
Entrevista motivacional + TCC									Yonkers KA 2012	
Regulação emocional + TCC		Bradizza CM 2017								
TCC focada em prevenção a recaída								O'Neill K 1996		
Psicoeducação e manuais de auto-ajuda	Reynolds KD 1995	Reynolds KD 1995								
Manejo de contingência	Schottenfeld RS 2011 Tuten M 2012	Schottenfeld RS 2011 Tuten M 2012			Brigham G 2010					Jones HE 2011
					Jones HE 2011				Jones HE 2011	Jones HE 2011

Tabela 3 – Resumo comparativo entre as diferentes abordagens psicoterápicas e os desfechos avaliados com resultado positivos e negativos dos desfechos primários e secundários.

	Desfecho											
	Relacionado ao uso de substância					Maternos			Neonatais			
	Abstinência	Redução do uso	Redução no uso de outras substâncias	Avanço de estágio motivacional	Adesão ao tratamento TUS	Maior adesão pré-natal	Stress	Redução de comportamentos de risco relacionados a uso de seringas compartilhadas	Engajamento atividades saudáveis para a gestação	Prematuridade	Baixo peso ao nascer	Redução tempo de internação neonatal
Screening e intervenção breve virtual	Ondersma SJ 2014 Yonkers KA 2020	Ondersma SJ 2014	Ondersma SJ 2014									
Screening e intervenção breve presencial	Yonkers KA 2020											
Entrevista motivacional		Haug NA 2004	Haug NA 2004	Haug NA 2004								
Entrevista motivacional para gestantes TUS						Kropp F 2010	Kropp F 2010					
Entrevista motivacional + TCC	Yonkers KA 2012								Kropp F 2010		Yonkers KA 2012	Yonkers KA 2012
Regulação emocional + TCC	Bradizza CM 2017	Bradizza CM 2017										
TCC focada em prevenção a recaída								O'Neill K 1996				
Psicoeducação e manuais de auto-ajuda	Reynolds KD 1995	Reynolds KD 1995										
Manejo de contingência	Schottenfeld RS 2011 Tuten M 2012	Schottenfeld RS 2011 Tuten M 2012									Tuten M 2012	Tuten M 2012
	Jones HE 2011				Brigham G 2010						Jones HE 2011	Jones HE 2011
					Jones HE 2011						Jones HE 2011	Jones HE 2011