



CLÍNICA DA MENTE

Impacto do modelo Psicoterapêutico
HBM no Transtorno de Ansiedade
Generalizada

Núcleo de Investigação HBM – Clínica da Mente

Carla Rama, Catarina Certal, Cécile Domingues, Joana Oliveira, Lara Morgado, Luísa
Coelho, Marta Calado

Supervisão:

Pedro Brás

CLÍNICA DA MENTE

Outubro 2016

RESUMO

As perturbações depressivas e de ansiedade situam-se entre as doenças mentais mais frequentes na população mundial, demonstrando, cada vez mais, a sua gravidade e, consequentemente, a importância do tratamento precoce e intensivo de modo a prevenir a sua cronicidade (Hallstrom e McClure, 2000).

Este estudo utiliza métodos de investigação quantitativos com pré-teste e pós-teste, sendo desenhado para responder ao problema de investigação “Qual o grau de eficácia e eficiência do modelo de intervenção psicoterapêutico HBM no tratamento da ansiedade generalizada?”, com o objetivo último de avaliar o impacto da intervenção HBM na ansiedade generalizada.

Para o desenvolvimento desta investigação, e tendo em atenção os objetivos inicialmente definidos, a população-alvo foi constituída por uma amostra de conveniência de 92 sujeitos, oriundos de diversos distritos do país, dos quais 48,9% eram do sexo feminino (n=45) e 51,1% do sexo masculino (n=47), com idades compreendidas entre os 18 e os 67 (M=35,89; D.P.= 12,08).

A investigação levada a cabo com o presente estudo permitiu concluir que, relativamente à duração da perturbação de ansiedade, 31,5% dos participantes sofria de ansiedade de há 5 a 10 anos e 30,5% dos participantes apresentava esta sintomatologia há mais de 10 anos.

Para 91,3% da amostra, foram necessárias entre cinco a dez sessões de intervenção terapêutica HBM, para ultrapassar o estado de ansiedade generalizada em que se encontravam anteriormente, situando-se o valor médio em sete sessões.

Verificou-se ainda a existência de uma diferença estatisticamente significativa ($t(92) = 14.862$, $p < 0.001$) entre a média do grau de ansiedade generalizada do pré-teste e do pós-teste, concluindo-se, deste modo, que a intervenção psicoterapêutica com recurso ao modelo HBM teve um impacto significativo na diminuição do grau de ansiedade dos pacientes, verificando-se a total remissão de sintomatologia ansiosa em 76,1% da amostra.

Concluiu-se também que, no pré-teste, 75% dos pacientes experienciavam uma ansiedade-estado moderada ou severa e que, após a intervenção psicoterapêutica com recurso ao modelo HBM, 51,1% destes pacientes se encontravam em remissão total de sintomas ansiosos e 29,3% em estados de ansiedade leve.

Relativamente à ansiedade-traço, que, na literatura, é comumente vista como de difícil mutação, verificamos que, no pré-teste, 88% dos pacientes sofriam de ansiedade-traço moderada ou severa e que, após a intervenção psicoterapêutica com recurso ao modelo HBM, 34,8% destes pacientes se encontravam em remissão total de sintomas ansiosos e 37% em estados de ansiedade-traço leve.

ABSTRACT

Depressive and anxiety disorders are among the most common mental disorders in the world population, increasingly demonstrating its severity and hence the importance of early and intensive treatment in order to predict its chronicity (Hallstrom & McClure, 2000).

This study uses quantitative research methods with pre-test and post-test, designed to answer the research question: "What is the degree of effectiveness and efficiency of the HBM psychotherapeutic intervention model in the treatment of generalized anxiety?", with the main goal of assessing the impact of HBM intervention in generalized anxiety.

In order to develop this research and taking into account the objectives initially defined, the target population was comprised of a convenience sample of 92 subjects, from various districts of the country, of which 48.9% were female ($n = 45$) and 51.1% were male ($n = 47$), aged between 18 and 67 ($M = 35.89$, $SD = 12.08$).

The research carried out with this study concluded that, concerning the duration of the anxiety disorder, 31.5% of participants had suffered from anxiety for 5 to 10 years and 30.5% of participants had these symptoms for more than 10 years.

For 91.3% of the sample, it took between five to ten HBM therapeutic intervention sessions to overcome the generalized anxiety disorder state in which they previously were, with an average of seven sessions.

It was also found that there is a statistically significant difference ($t(92) = 14,862$, $p < 0.001$) between the generalized anxiety mean degree of pre-test and post-test, concluding thereby that the psychotherapeutic intervention using the HBM model had a significant impact in reducing the level of patients' anxiety, with an overall anxiety symptoms remission in 76.1% of the sample.

It was also concluded that, on the pre-test, 75% of patients experienced a moderate or a severe anxiety-state and that, after psychotherapeutic intervention using the HBM model, 51.1% of patients were in complete remission of anxiety symptoms and 29.3% were in mild anxiety states.

Regarding the anxiety-trait which, in literature, is generally regarded as difficult to change, it was found that 88% of patients suffered from moderate or severe anxiety-trait during pre-test and, after psychotherapeutic intervention using the HBM model, 34.8% of these patients were in complete remission of anxiety symptoms and 37% in light anxiety-trait.

ÍNDICE

1.	Introdução.....	1
2.	Transtorno de ansiedade generalizada	2
2.1.	Definição.....	2
2.2.	Causas da Ansiedade Generalizada	3
2.3.	Sintomas e sistemas de classificação do TAG	4
2.3.1.	CID-10	6
2.3.2.	DSM-V	7
2.3.3.	HBM	8
3.	Principais modelos de intervenção no TAG	10
3.1.	Modelo bioquímico da Ansiedade Generalizada	10
3.2.	Modelo psicoterapêutico cognitivo-comportamental do TAG.....	11
3.3.	Modelo psicoterapêutico HBM do TAG	12
4.	Epidemiologia.....	14
5.	Metodologia e apresentação dos resultados.....	18
5.1.	Desenho Global de Investigação	18
5.1.1.	Instrumentos	18
5.1.2.	População e Critérios de Seleção da Amostra.....	19
5.1.3.	Procedimentos.....	21
5.2.	Metodologia Estatística dos Dados	22
6.	Resultados.....	24
6.1.	Inventário de Ansiedade de Beck (BAI).....	24
6.2.	Inventário de Estado-Traço de Ansiedade (STAI).....	26
7.	Conclusão.....	31
8.	Implicações dos resultados da investigação e sugestões para futuras investigações	33
9.	Referências Bibliográficas	35

ÍNDICE REMISSIVO DE TABELAS E GRÁFICOS

TABELAS

Tabela 1: Comparação da prevalência das perturbações psiquiátricas nos adultos em Portugal, nalguns países da Europa e nos EUA (2013) (DGS, 2014)	16
Tabela 2: Caracterização sociodemográfica da amostra.....	20
Tabela 3: caraterização dos dados complementares da amostra (n=92).....	21
Tabela 4: Estatística descritiva do BAI.....	24
Tabela 5: Valores de ansiedade no BAI antes e após a Intervenção HBM	25
Tabela 6: Estatística descritiva do STAI – Ansiedade-Estado	26
Tabela 7: Estatística descritiva do STAI – Ansiedade-Traço.....	27
Tabela 8: Valores de ansiedade no STAI (discriminando a Ansiedade-Traço e Ansiedade-Estado), antes e após a Intervenção HBM	27
Tabela 9: Distribuição do número de sessões de tratamento HBM na amostra	30

GRÁFICOS

Gráfico 1: Diagrama de caixa para as pontuações do BAI no pré-teste e pós-teste.....	25
Gráfico 2: Diagrama de dispersão para as pontuações do BAI no pré-teste e pós-teste.....	26
Gráfico 3: Diagrama de caixa para as pontuações do STAI-AE (Ansiedade-estado) no pré e pós-teste.....	28
Gráfico 4: Diagrama de dispersão para as pontuações do STAI-AE (Ansiedade-estado) no pré e pós-teste.	29
Gráfico 5: Diagrama de caixa para as pontuações do STAI-AT (Ansiedade-traço) no pré e pós-teste.....	29
Gráfico 6: Diagrama de dispersão para as pontuações do STAI-AT (Ansiedade-traço) no pré e pós-teste.	29

1. INTRODUÇÃO

O presente estudo visa implementar e avaliar o impacto da intervenção psicoterapêutica HBM no Transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG). Neste sentido, a investigação aqui descrita foi desenhada para responder ao seguinte problema: *Qual o grau de eficácia e eficiência do modelo de intervenção psicoterapêutico HBM no tratamento da ansiedade generalizada?*

Para atingir os presentes objetivos, foi usado um desenho de investigação experimental com pré e pós-teste, envolvendo pacientes adultos, de ambos os sexos, com sintomatologia e diagnóstico de TAG, oriundos de diversos distritos do país.

Neste âmbito, a primeira parte deste trabalho pretende contextualizar a ansiedade generalizada com a sua definição, causas e sintomas; seguindo-se a explanação das principais correntes teóricas de intervenção no TAG, nomeadamente, o modelo bioquímico, o modelo psicológico e o modelo psicoterapêutico HBM; a epidemiologia da ansiedade generalizada, e, por último, uma exposição mais detalhada do modelo psicoterapêutico HBM.

A segunda parte do trabalho consiste na explicação da metodologia utilizada no presente estudo e apresentação de resultados, nomeadamente o desenho global da investigação, instrumentos, população e critérios de seleção das amostras e metodologia estatística dos dados; seguindo-se a apresentação dos resultados, especificamente com a caracterização da população-alvo, a análise da eficácia e eficiência do modelo de intervenção HBM e a análise inferencial sobre o nível de ansiedade generalizada em função das variáveis sociodemográficas; e, por fim, a conclusão.

2. TRANSTORNO DE ANSIEDADE GENERALIZADA

2.1. Definição

Desde os primórdios da humanidade, o ser humano sente ansiedade. Porém, as sensações fisiológicas instintivas que ajudaram os nossos antepassados a comportarem-se em sociedade são, hoje em dia, frequentemente causas de sofrimento e perturbação emocional (Kahn, 2013).

De acordo com Barlow *et al.* (2011), a ansiedade explica-se através de um estado de humor associado a uma preparação biológica perante a possibilidade de um evento negativo futuro acontecer. Esta perspetiva compara-se à perspetiva animal, na medida em que a ansiedade é percebida como um estado de alerta, em que todo o corpo fica preparado para se defender, fugir ou atacar (Brás, 2010). Corroborando esta definição, salienta-se que o conceito de ansiedade é mais do que um simples estado de alerta físico, pois a ansiedade é uma resposta fisiológica a uma emoção: o medo.

Em eventos normativos quotidianos, o ser humano sente medo todas as vezes que a mente inconsciente prevê e analisa determinada situação negativa através dos pensamentos e/ou preocupações (Brás, 2010). Desta forma, esta análise provoca uma resposta fisiológica de ansiedade. Porém, para além da preparação física, o cérebro fica com maior agilidade de raciocínio, numa tentativa de, perante o medo, conseguir encontrar uma solução (Brás, 2010). Para Beck e Clark (2012, p.17) a ansiedade é um estado emocional desconfortável evocado quando o medo é estimulado. Assim, o medo e a ansiedade são estados absolutamente habituais que ajudam a evitar e gerir a dor e/ou desconforto de más experiências. Brás (2010) acrescenta que *«os níveis de medo e ansiedade trabalham em paralelo, na medida em que a intensidade dos sintomas de ansiedade varia de acordo com o grau de medo sentido»*.

De um ponto de vista social, ao longo das décadas, o conceito de ansiedade tem passado por uma estigmatização devido ao sofrimento psicológico que provoca. Foi em 1980 que o diagnóstico de Transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG) foi categorizado pela primeira vez. Fala-se em transtorno quando os sintomas e as preocupações (medos) são excessivos, isto é, quando *«a intensidade, duração ou frequência da ansiedade e preocupação é desproporcional à probabilidade real ou ao impacto do evento antecipado. O indivíduo tem dificuldade de controlar*

a preocupação e de evitar que pensamentos preocupantes interfiram na atenção às tarefas em questão» (APA, 2013, p. 223).

Desta forma, o TAG caracteriza-se principalmente pelos sintomas de ansiedade acima referidos (sensações fisiológicas e preocupações), porém de intensidade considerada excessiva de acordo com a percepção do próprio indivíduo, prejudicando assim o seu bem-estar. O TAG é uma perturbação frequente e comum. De acordo com Petrea & McCulloch (2013), na União Europeia, estima-se que pelo menos 165 milhões de pessoas (38% da população) possam vir a ter problemas de saúde mental, sendo a mais comum a perturbação de ansiedade, que atinge 14% da população europeia. Corroborando estes dados, o 1º Relatório do Estudo Epidemiológico Nacional de Saúde Mental (DGS, 2014) destaca Portugal de outros países europeus por ter uma taxa elevada (16,5%) nas perturbações de ansiedade.

De acordo com o Manual Diagnóstico Estatístico de Transtornos Mentais (APA, 2013):

A preocupação excessiva prejudica a capacidade do indivíduo de fazer as coisas de forma rápida e eficiente, seja em casa, seja no trabalho. A preocupação toma tempo e energia; os sintomas associados de tensão muscular e sensação de estar com os nervos à flor da pele, cansaço, dificuldade em concentrar-se e perturbação do sono contribuem para o prejuízo (p.225).

Para Brás (2010), o TAG define-se pela constante presença de sintomas de ansiedade motivada por exposição permanente a circunstâncias que o indivíduo considere agressoras e que motivem o medo de falhar ou o medo de ser avaliado. Como o nosso desempenho e a nossa imagem são um estímulo constante, também o medo nestes estímulos o podem ser, tornando o transtorno da ansiedade generalizado.

2.2. Causas da Ansiedade Generalizada

Por ter tido um diagnóstico diferencial tardio, o TAG desperta o interesse de várias abordagens teórico-práticas, tanto pelas suas sensações fisiológicas, como pelas suas limitações psicológicas. Assim, assiste-se a uma multiplicidade de teorias relativamente à origem do TAG de acordo com a área de estudo.

Na perspetiva biológica, vários foram os estudos que tentaram demonstrar uma associação familiar no TAG, porém os resultados produzidos ainda continuam inconsistentes (APA, 1994).

Barlow (2000) descreve, na sua teoria das emoções, a origem do TAG em função de três vulnerabilidades: uma biológica (fator hereditário); uma vulnerabilidade de gestão emocional derivada de experiências passadas; e uma vulnerabilidade em concentrar a ansiedade num objeto e/ou situações específicas.

A abordagem do Mapa da Mente (HBM) explica a causa do TAG analisando o processo cognitivo e fisiológico do medo. Para Brás (2010), o indivíduo sente medo sempre que prevê sentir dor ou desconforto perante a situação que supõe realizar. Este processo natural e normativo faz-se através da análise inconsciente do conjunto de experiências vividas. Assim, as vivências negativas e/ou traumáticas condicionam a nossa mente inconsciente em situações semelhantes àsquelas vividas, causando sensações de ansiedade. Fala-se em conflito quando as sensações de desconforto são antagónicas ao estado pretendido, quando o indivíduo consegue perceber que não deveria sentir ansiedade.

Segundo Brás (2010),

tudo isto acontece quando as experiências traumáticas e/ou negativas do passado dão sinais errados à nossa estrutura emocional. Por exemplo: uma criança vítima de agressões na escola pode desenvolver, em adulto, comportamentos de afastamento social, pois inconscientemente o contacto social é considerado agressor (p.20).

A causa desta condição deve-se à força emocional atribuída às experiências anteriores. Traumas, violência infantil, *bullying*, divórcios, maus tratos diversos, entre outras situações negativas, podem ser vividos com tal intensidade que se torna difícil ultrapassar o sofrimento que estas acarretam. Desta forma, ao longo do tempo, o indivíduo, cada vez mais associado às emoções, sente-se limitado na sua liberdade e na sua perceção de qualidade de vida (Brás, 2010).

2.3. Sintomas e sistemas de classificação do TAG

De acordo com o supracitado, a ansiedade reativa é uma resposta comum, que possibilita ao ser humano permanecer vigilante perante acontecimentos percebidos como ameaçadores e que podem originar reações como, por exemplo, dúvida, incerteza, expectativa ou medo (Engster, 2013; Pitta, 2010). Contudo, a ansiedade passa a ser excessiva e patológica quando se mantém por extensos períodos de tempo, interferindo negativamente nas atividades do quotidiano, causando ao indivíduo uma sensação desagradável de perceção do futuro (Engster, 2013; Pitta, 2010; Tyler & Baldwin, 2006).

O diagnóstico de TAG deve ter em conta a gravidade dos seus sintomas, bem como o seu impacto no desempenho social do indivíduo (Brown, O’Leary & Barlow, 2001; Engster, 2013; Pitta, 2010). De acordo com Clark e Beck (2012), o TAG é:

um estado persistente de ansiedade generalizada envolvendo preocupação crónica, excessiva e invasiva que é acompanhada de sintomas físicos ou mentais de ansiedade que causa sofrimento significativo ou prejuízo no funcionamento diário (p. 391).

Deste modo, os sintomas persistentes no TAG são similares a diversos sintomas de outras perturbações relacionadas com a ansiedade (como, por exemplo, perturbação do pânico ou perturbação depressiva major) e, como tal, torna-se crucial proceder a uma correta diferenciação desses mesmos sintomas para, assim, diagnosticar o TAG com exatidão (Engster, 2013).

Indivíduos com diagnóstico de TAG exibem, na maioria das vezes, uma diversidade de sintomas físicos (incluindo fadiga, agitação, dores de cabeça, entre outros), sociais (como, por exemplo, dificuldade em relacionar-se com outras pessoas ou isolamento social) e cognitivos (dificuldade de concentração, desorientação e perda da memória), que interferem negativamente no seu dia a dia. Para que haja um diagnóstico de TAG, esta sintomatologia deverá ser persistente e ininterrupta durante, pelo menos, 6 meses e relacionada a outros 3 sintomas ansiosos (DSM-V, 2013; Engster, 2013).

Os sintomas estão associados a um sofrimento considerável e duradouro (Wittchen, 2002) e não podem ser atribuídos à utilização ou abuso de substâncias, ou a um estado médico geral (Gorman, 2001; DSM-V, 2013).

Diversos estudos de investigação referem que o TAG quase nunca é reconhecido e diagnosticado e, nos casos em que o é, raramente recebe o tratamento adequado (Ustun & Sartorius, 1995, *cit. in* Wittchen, 2002). Na maioria das vezes, os indivíduos que apresentam ansiedade generalizada, ao procurarem auxílio médico, expõem principalmente problemas de ordem somática, preterindo queixas psicológicas (como, por exemplo, preocupação ou ansiedade) (Engster, 2013; Lydiard, 2000).

De entre os diversos sintomas que os sujeitos podem apresentar, os mais comuns do TAG são (DSM-V, 2013):

- Boca seca;
- Mãos ou pés húmidos;
- Enjoos;

- Diarreia;
- Tensão muscular;
- Aumento da frequência urinária;
- Sudorese excessiva;
- Dificuldade em adormecer e/ou insónias;
- Dificuldade em engolir;
- Assustar-se com facilidade e de forma mais intensa;
- Sintomas depressivos.

A existência de inúmeros quadros médicos com a capacidade de produzir estes sintomas, torna difícil um diagnóstico correto desta perturbação (Gorman, 2001; Ustun & Sartorius, 1995, *cit. in* Wittchen, 2002). É de salientar, também, a resistência do paciente em concordar que sofre de um distúrbio psicológico (Engster, 2013; Lydiard, 2000). Por forma a excluir outras condições médicas gerais ou a hipótese de abuso de substâncias, é fundamental perceber que o diagnóstico de TAG deve ser constituído por uma tarefa de anamnese, um exame físico e estudos laboratoriais de rotina (Gorman, 2001).

Existem critérios bem delineados para se realizar o seu diagnóstico formal, sendo utilizados, mundialmente, diferentes sistemas de classificação de perturbações mentais. Na Europa, a Classificação Internacional de Doenças (CID-10) da Organização Mundial de Saúde (WHO, 1992), bem como, o Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM-V) da Associação Americana de Psiquiatria (APA, 2013), são as comumente usadas para o diagnóstico do TAG.

O modelo psicoterapêutico HBM apresenta um sistema de classificação e diagnóstico do TAG distinto de todos os outros, não se concentrando em conjuntos de sintomas, mas sim no relato que o paciente faz acerca do seu estado emocional, no momento da avaliação (Brás, 2010).

2.3.1. CID-10

De acordo com a CID-10 (WHO, 1992), o quadro que se entende por Ansiedade Generalizada está classificado no âmbito dos “Outros Transtornos de Ansiedade”. Segundo este sistema de classificação, Outros Transtornos de Ansiedade são perturbações nas quais o sintoma principal é a manifestação da ansiedade, não estando delimitada a uma situação específica.

Podem também verificar-se sintomas obsessivos e depressivos, bem como alguns aspetos de ansiedade fóbica, desde que sejam notoriamente de menor gravidade ou secundários.

Assim, a classificação apresentada pela CID-10 (WHO, 1992) para o TAG corresponde ao código F41.1 e descreve-o como uma ansiedade generalizada e contínua que não surge apenas, nem de forma preferencial, numa circunstância específica (ou seja, a ansiedade é oscilatória). Os sintomas principais são inconstantes, porém englobam nervosismo contínuo, tremuras, suores, tensão muscular, tonturas, sensação de vazio na cabeça, mal-estar abdominal e palpitações. Também é comumente mencionado um medo de que familiares, ou outras pessoas próximas, sofram alguma doença e/ou acidente num futuro próximo.

Esta perturbação, de acordo com este sistema de classificação, inclui (WHO, 1992):

- Estado Ansioso(o)
- Neurose Ansiosa(o)
- Reação de angústia

Exclui:

- Neurastenia (F48.0)

2.3.2. DSM-V

No DSM-V (APA, 2013), as perturbações de ansiedade englobam transtornos que partilham atributos de medo e ansiedade excessivos e distúrbios do comportamento associados.

Os transtornos de ansiedade são distintos entre si nas características dos objetos ou circunstâncias indutoras de medo, ansiedade ou comportamento de fuga, bem como na ideação cognitiva associada. Deste modo, apesar de as perturbações de ansiedade tenderem a ser marcadamente comórbidas entre si, podem ser distinguidas pela análise pormenorizada dos padrões de circunstâncias que são receadas, ou evitadas, e ainda pelo teor das crenças ou pensamentos relacionados (APA, 2013).

Tal como já havia sido mencionado, as perturbações de ansiedade distinguem-se do medo ou ansiedade comuns pelo seu carácter excessivo ou por se prolongarem além de intervalos de tempo adequados à situação (por exemplo, com a duração de seis, ou mais, meses). Deve ter-se em consideração alguma flexibilidade no que respeita à norma referente à durabilidade, considerando-se o período indicado, apenas, como um guião geral (APA, 2013).

A maioria das perturbações de ansiedade surgem na infância e tendem a permanecer caso não sejam devidamente tratadas. Cada perturbação de ansiedade é diagnosticada apenas quando os sintomas não decorrem de efeitos fisiológicos do uso ou abuso de uma substância, de outro quadro médico, nem mesmo de nenhuma outra perturbação psicológica (APA, 2013).

Os sujeitos com diagnóstico de TAG geralmente sobrevalorizam a ameaça em circunstâncias por eles temidas e/ou evitadas. Assim, cabe ao profissional a determinação principal do grau de excessividade ou desproporção do medo e/ou ansiedade, devendo ser tidos em conta elementos do contexto cultural dos indivíduos (APA, 2013).

O TAG, no DSM-V (APA, 2013), está classificado com o código 300.02 e caracteriza-se por ansiedade e preocupação excessivas (expectativa apreensiva), de difícil controlo, acontecendo na maior parte dos dias durante, pelo menos, seis meses, com distintos episódios ou acontecimentos (como, por exemplo, desempenho profissional). Neste tipo de perturbação, a ansiedade e a preocupação estão relacionadas com três, ou mais, de seis sintomas (inquietação, cansaço, dificuldade de concentração, irritabilidade, tensão muscular e perturbações do sono), provocando um sofrimento clinicamente relevante ou prejuízos em áreas importantes do quotidiano do indivíduo.

2.3.3. HBM

O modelo psicoterapêutico HBM (Brás, 2010) tem como intuito ajudar o ser humano a sentir-se feliz, encarando e compreendendo a felicidade como um estado em que o indivíduo se sente bem, e, neste conceito, o indivíduo sente-se bem quando não sente dores nem pressões físicas como as pressões provocadas pelos estados emocionais negativos, nomeadamente a ansiedade e a depressão.

A ansiedade é um estado físico que deriva da emoção do medo. Sempre que o indivíduo tem medo, experienciam-se os sintomas da ansiedade, sendo que a sua intensidade varia de acordo com o grau de medo experienciado. O medo e a ansiedade são estados absolutamente normais que ajudam a evitar más experiências. O medo é experienciado sempre que se prevê sentir dor ou desconforto da experiência que se equaciona realizar. Esta previsão é feita através da análise das experiências vividas no passado. A ansiedade é um processo físico que mantém o Ser Humano em alerta, criando no corpo um estado de vigília que permite reagir a agressões

exteriores, ficando o cérebro com maior agilidade de raciocínio, numa tentativa de, perante o medo, conseguir encontrar uma solução (Brás, 2010, 2014).

Por vezes, a mente inconsciente, condicionada por experiências traumáticas do passado, pretende evitar a repetição destas experiências através da ansiedade, causando desconforto em experiências nas quais o indivíduo preferia sentir-se motivado. Isto acontece quando as experiências traumáticas do passado dão sinais errados à estrutura emocional.

Desta forma, o modelo psicoterapêutico HBM (Brás, 2010) não segmenta nem enumera um conjunto de sintomas, mas tenta, sim, compreender as queixas psicológicas e psicossomáticas do paciente e que o perturbam e fazem sentir-se mal, aquando do momento da sessão de diagnóstico.

Na consulta de avaliação HBM exploram-se as queixas, bem como as causas do estado perturbador. O Modelo HBM explica que todos os estados são provocados por representações mentais das experiências anteriormente vividas (memórias do passado) e, neste sentido, o psicoterapeuta terá que encontrar e entender quais as representações mentais que estão a criar conflito no paciente, compreendendo as implicações dessas representações no seu bem-estar (Brás, 2010).

3. PRINCIPAIS MODELOS DE INTERVENÇÃO NO TAG

3.1. Modelo bioquímico da Ansiedade Generalizada

Os ansiolíticos integram a abordagem farmacológica mais conservadora no tratamento da perturbação da ansiedade generalizada. Estes permitem normalizar o estado de alerta, além de reduzirem os sintomas de ansiedade associados (Nitschke *et al.*, 2009). Esta abordagem encontra suporte, em termos estruturais, nos estudos imagiológicos da amígdala que mostram uma hiperativação de base nesta estrutura e nos circuitos neuronais nela envolvidos em sujeitos com TAG (Etkin *et al.*, 2010). Dentro deste modelo, são as benzodiazepinas o químico mais comumente aceite no tratamento do TAG, potenciando a inibição sináptica ao nível do sistema nervoso central (LaLonde *et al.*, 2011). Apresentando um início de ação rápida, a sua eficácia limita-se, no entanto, aos tratamentos de curta duração, pelos efeitos perversivos de uma potencial síndrome de privação (Nicolini *et al.*, 2009). Com menos efeitos adversos, surgem também neste modelo os inibidores da recaptação da serotonina e/ou noradrenalina que, no geral, apresentam o perfil farmacológico mais seguro de todos (Allgulander, 2012). Os antipsicóticos, em especial os atípicos, como a olanzapina e risperidona estão indicados sempre que as categorias precedentes não exercem uma resposta terapêutica favorável (Falcon, Ryan, Chamberlain, & Curtis, 1985).

Dados recentes confirmam a existência de um elevado consumo de psicofármacos em Portugal, de tal modo que em 2013 quase um quarto (23,4%) das mulheres e um décimo (9,8%) dos homens da população geral tinham tomado ansiolíticos; no caso das mulheres, este representa mesmo o maior consumo de ansiolíticos na Europa (Boyd *et al.*, 2015). Globalmente, 33,1% das mulheres e 24,7% dos homens com diagnóstico de perturbações de ansiedade tomam ansiolíticos. Curiosamente, estes consumos são ainda mais elevados entre pessoas com diagnósticos de perturbações depressivas: 50% das mulheres e 31,8% dos homens com este tipo de perturbações referem tomar ansiolíticos. Por outro lado, nas pessoas com perturbações de ansiedade, também se regista um elevado uso de antidepressivos (22,4% das mulheres e 11,8% dos homens) (Boyd *et al.*, 2015). Globalmente, mais de um décimo das mulheres e quase 4% dos homens da população geral usaram estes medicamentos nos 12 meses anteriores ao estudo, quer por perturbações depressivas, quer por perturbações de ansiedade. No entanto, diversos estudos referenciam que muitos pacientes, após quatro anos de terapia medicamentosa,

permanecem sintomáticos e/ou apresentam recorrência de sintomas (70%) e cerca de 30% dos pacientes estão assintomáticos (Katschnig e Amering, 1998). Por sua vez, na perspectiva de Carpiniello (2002), a presença de sintomas residuais está intrinsecamente associada a um maior risco de recaídas.

O facto de os ansiolíticos serem tomados não só por pessoas com o diagnóstico de perturbações de ansiedade, mas também, e até em maior percentagem, por pessoas com o diagnóstico de perturbações depressivas, levanta questões de saúde pública importantes. De um ponto de vista conceptual, suscita igualmente problemas de diagnóstico. De facto, se as causas etiológicas radicassem unicamente numa disfunção basilar da amígdala, que processa seletivamente o medo (Phillips, Drevets, Rauch, & Lane, 2003), a toma de ansiolíticos *per se* deveria resolver a sintomatologia adequadamente. Na verdade, os dados dispersam-se de modo que outros autores assinalam a influência da amígdala no processamento emocional não só de estímulos negativos, mas também de positivos (Baxter & Murray, 2002). A unidade funcional do cérebro refuta a ideia de que o efeito seletivo dos químicos altera diretamente funções superiores ao nível do pensamento e comportamento (Blair, 2003). Daí o efeito limitado da abordagem farmacológica no tratamento do TAG e de outras disfunções emocionais (Caldas de Almeida & Xavier, 2013).

3.2. Modelo psicoterapêutico cognitivo-comportamental do TAG

O modelo psicoterapêutico cognitivo-comportamental é o mais comumente utilizado na abordagem psicoterapêutica à perturbação da ansiedade generalizada, embora os estudos à data sejam pequenos e de qualidade muito variável (e.g. Allgulander, 2012). Na perspectiva do modelo psicoterapêutico cognitivo-comportamental, a ansiedade generalizada surge na sequência da hipervalorização de sensações físicas e de interpretações distorcidas e catastróficas de sintomas corporais (Clark, 1998) que aumentam a percepção de falta de controlo iminente e/ou permanente, entrando o indivíduo numa rápida espiral ascendente de sofrimento e mal-estar decorrente da constante preocupação. Considera ainda que a perturbação de ansiedade generalizada advém das interpretações distorcidas que os sujeitos fazem das experiências vividas, o que, por sua vez, produz emoções negativas e disfuncionais (Nardi e Schinohara 2004).

Knapp (2004) considera que “a terapia cognitiva focaliza o seu trabalho na identificação e correção de padrões de pensamento conscientes e inconscientes (que não estão imediatamente acessíveis à consciência)” (p. 20).

As técnicas da terapia cognitivo-comportamental passam sobretudo pela psicoeducação, aceitação, gestão e controlo da preocupação e aconselhamento para evitar as potenciais recaídas, com o intuito de ajudar no desenvolvimento de estratégias para lidar com os sintomas da ansiedade.

Dugas e Ladouceur (2007) consideram também que, devido ao facto de ser uma característica basilar da perturbação de ansiedade generalizada a ocorrência de ansiedade intensa e preocupação excessiva incontrolável, existem dois aspetos cruciais que devem ser tidos em conta na intervenção psicoterapêutica com recurso ao modelo cognitivo-comportamental, nomeadamente as preocupações excessivas e incontroláveis e a hiperexcitabilidade persistente.

Estudos desenvolvidos por Kapczinski e Maargis (2004) demonstraram, por sua vez, que este modelo psicoterapêutico tem uma eficácia de 51% no final de seis meses de tratamento contínuo.

3.3. Modelo psicoterapêutico HBM do TAG

De acordo com Brás (2010), o modelo psicoterapêutico HBM baseia-se no estudo do mapa do comportamento humano, que descreve os processos mentais conscientes e inconscientes, permitindo explicar o modo de pensamento e comportamento do ser humano. Assim, este modelo psicoterapêutico permite a resolução de conflitos emocionais, internos e externos, do indivíduo.

Através de uma visão científica do comportamento humano, o psicoterapeuta é capaz de compreender a associação existente entre as experiências que o sujeito viveu no passado e o pensamento e/ou comportamento que, no presente, o perturbam. Deste modo, o trabalho psicoterapêutico surge no sentido de modificar o estado emocional negativo em que a pessoa se encontra, ajudando-a a atingir o equilíbrio psicológico e emocional por ela desejado (Brás, 2010).

Sendo os estados de desequilíbrio emocional provocados por representações mentais perturbadoras, o percurso psicoterapêutico necessário consiste na alteração dessas representações mentais. Esta alteração faz-se através da resignificação de memórias, ou seja, atribuindo-lhes um significado que seja aceite pelo indivíduo e que não o perturbe (Brás, 2010, 2016).

Existem duas técnicas psicoterapêuticas utilizadas no Modelo Psicoterapêutico HBM: Athenese® e Morfese®. A sua função é trabalhar o sistema emocional do indivíduo para que este se liberte de emoções tais como angústia, medo, tristeza, ansiedade, entre outras, permitindo a alteração do seu estado depressivo ou ansioso (Brás, 2010).

Assim, a Athenese®, formada por um conjunto de exercícios psicoterapêuticos, consiste em utilizar o pensamento consciente como meio de resignificação, ajudando o indivíduo a articular novas estratégias de pensamento e de compreensão da realidade (Brás, 2010).

A Morfese® é uma técnica de libertação emocional através da indução de um sonho orientado pelo psicoterapeuta, durante a qual o sujeito atinge um estado intermédio entre o sono e a vigília. Como tal, recorre ao pensamento inconsciente permitindo a dissociação das experiências que perturbaram o indivíduo no passado e, consequentemente, permite-lhe associar-se a emoções positivas (Brás, 2010).

Ambas as técnicas combinadas provocam uma efetiva alteração de estado, com a mudança clara das representações mentais que anteriormente perturbavam o indivíduo (Brás, 2016).

4. EPIDEMIOLOGIA

As perturbações depressivas e de ansiedade situam-se entre as doenças mentais mais frequentes na população mundial, demonstrando, cada vez mais, a sua gravidade e, consequentemente, a importância do tratamento precoce e intensivo de modo a prever a sua cronicidade (Hallstrom e McClure, 2000). O departamento de saúde mental e abuso de substâncias da Organização Mundial de Saúde (OMS) apresentou, em abril de 2016, um relatório que indicava que o número de indivíduos com diagnóstico de depressão e/ou ansiedade teve um crescimento de quase 50% entre 1990 e 2013, ou seja, passou de 416 milhões para 615 milhões de pessoas em todo o mundo (Chisholm *et al.*, 2016).

De acordo com a 5ª edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-V) (APA, 2013), os sujeitos de países desenvolvidos, por comparação com os de países não desenvolvidos, apresentam uma maior probabilidade de descrever que experienciaram sintomas que satisfazem os critérios para TAG durante a vida (APA, 2013).

Na população adulta, em geral, nos Estados Unidos da América (EUA), estima-se que a prevalência de 12 meses do TAG oscile entre os 3% e os 6%. Noutros países estima-se que esta prevalência varie entre os 0,4 e os 3,6%. Também foi verificado, nos EUA, que os sujeitos de descendência europeia tendem a sofrer de TAG com maior frequência do que os descendentes de não europeus (ou seja, asiáticos, africanos, nativos americanos e das ilhas do Pacífico). O TAG apresenta um risco de morbilidade, ao longo da vida, de 9% (APA, 2013; Clark & Beck, 2012; Engster, 2013; Wittchen *et al.*, 2002).

Os dados apontam que, no género feminino, a probabilidade de sofrer de TAG é duas vezes superior, por comparação com indivíduos do género masculino (APA, 2013; Clark & Beck, 2012; Engster, 2013). O predomínio do diagnóstico atinge o pico na meia-idade, decrescendo ao longo dos anos de vida dos indivíduos (APA, 2013; Wittchen *et al.*, 2002.)

No contexto clínico, o TAG é diagnosticado em índices ligeiramente superiores no género feminino, (aproximadamente 55% a 60% dos sujeitos que apresentam o transtorno pertencem ao género feminino) (APA, 2013). Estudos epidemiológicos (Aires-Gonçalves & Coelho, 2005; Apóstolo *et al.*, 2008; Caldas de Almeida & Xavier, 2013; DGS, 2014; Ministério da Saúde, 2004; Wang *et al.*, 2011) apontam um rácio de dois terços para o género feminino.

Verifica-se que, em ambos os géneros, os sintomas experimentados no TAG, são semelhantes. Contudo, há evidências de padrões distintos de comorbilidade compatíveis com

as diferenças de género na prevalência das perturbações. A comorbilidade, no género feminino, está relacionada com perturbações de ansiedade e depressivas, ao passo que, no género masculino, também se alarga aos transtornos por uso de substâncias (APA, 2013). Beesdo (2010) corrobora a ideia de que o TAG está relacionado com uma alta comorbilidade, referindo que 90% dos sujeitos são diagnosticados com outra perturbação de ansiedade e/ou depressão adicional. Neste sentido, indivíduos que sofrem de TAG são, na maioria das vezes, diagnosticados erradamente como sofrendo de depressão, uma vez que estes transtornos partilham até 6 itens do critério diagnóstico descrito no DSM-V (APA, 2013).

No que respeita ao panorama Português, até há poucos anos, não eram conhecidos dados que permitissem avaliar com precisão a dimensão deste problema (Aires-Gonçalves & Coelho, 2005; Apóstolo *et al.*, 2008; Ministério da Saúde, 2004). Contudo, no Inquérito Nacional de Saúde de 1998-1999 (Ministério da Saúde, 2004), era descrito que 7% de indivíduos do género masculino e 18% de indivíduos do género feminino (com idade igual ou superior a 15 anos) mencionaram recorrer a medicação indutora do sono nas duas semanas precedentes à inquirição.

Em Portugal, o Estudo Epidemiológico Nacional de Saúde Mental – 1º Relatório (Caldas de Almeida & Xavier, 2013), foi pioneiro a avaliar a epidemiologia dos transtornos psiquiátricos numa amostra representativa da população adulta Portuguesa. Neste estudo, os dados acerca da prevalência destas perturbações indicam que 22,9% da amostra sofreu de uma perturbação psiquiátrica nos 12 meses antecedentes ao estudo de investigação. Estes números demonstram que Portugal, conjuntamente com a Irlanda do Norte, possui a prevalência mais alta de perturbações psiquiátricas na Europa. Como se pode ver na Tabela 1 (DGS, 2014), o grupo das perturbações da ansiedade é o que possui prevalência mais elevada em Portugal (16,5%), bem como quando em comparação com outros países europeus (Caldas de Almeida & Xavier, 2013; DGS, 2014; Wang *et al.*, 2011).

Prevalência anual das perturbações psiquiátricas (%)					
	Perturbações da ansiedade	Perturbações depressivas	Perturbações da impulsividade	Perturbações do álcool	Todas
Portugal	16,5	7,9	3,5	1,6	22,9
Bélgica	6,9	6,2	1,0	1,2	12,0
França	12,0	8,5	1,4	0,7	18,4
Alemanha	6,2	3,6	0,3	1,1	9,1
Itália	5,8	3,8	0,3	0,1	8,2
Holanda	8,8	6,9	1,3	3,0	14,9
Irlanda do Norte	14,6	9,6	3,4	3,5	23,1
Espanha	5,9	4,9	0,5	0,3	9,2
Ucrânia	7,1	9,1	3,2	6,4	20,5
EUA	18,2	9,6	6,8	3,8	26,4

Tabela 1: Comparação da prevalência das perturbações psiquiátricas nos adultos em Portugal, nalguns países da Europa e nos EUA (2013) (DGS, 2014)

Em Portugal, no que respeita ao género, os dados apontam para o facto de as mulheres apresentarem um maior risco de sofrerem de Perturbações de Ansiedade do que os homens (OR = 2.89) (Caldas de Almeida & Xavier, 2013). Este padrão de relação entre o género e a prevalência dos transtornos psiquiátricos é congruente com os dados alcançados na maioria dos países que participaram na World Mental Health Survey Initiative (OMS, 2004), independentemente do seu nível de desenvolvimento económico.

No que concerne à variável idade, no nosso país, as estimativas de prevalência de vida demonstraram diferenças estatisticamente significativas, destacando-se um padrão de maior manifestação quantitativa no intervalo de idade mais jovem (18-34 anos), com uma prevalência de 50,1% de, no mínimo, um transtorno psiquiátrico. Nesta faixa etária, as perturbações mais citadas foram as da ansiedade, logo após, as afetivas e, seguidamente, do abuso de álcool (Caldas de Almeida & Xavier, 2013).

O estudo de Caldas de Almeida e Xavier (2013) concluiu, também, que os portugueses com menores níveis de escolaridade apresentaram um risco estatisticamente significativo inferior de desenvolvimento de perturbações de ansiedade (OR abaixo de 1).

Relativamente ao consumo de psicofármacos, verifica-se que, em Portugal, este é mais elevado do que a média da União Europeia, nomeadamente no que se refere ao consumo de antidepressivos (55% em Portugal e 51% na UE). Dentro da população portuguesa, encontram-se também evidências de um padrão elevado de consumo tanto em homens como mulheres,

quer de ansiolíticos (24,3% das mulheres e 9,8% dos homens), quer de antidepressivos (13,2% das mulheres e 3,9% dos homens) (DGS, 2014).

Os mais recentes estudos (Aires-Gonçalves & Coelho, 2005; DGS, 2016) relativos à saúde mental, no nosso país, concluíram que é mais frequente a ansiedade generalizada surgir em contexto de Cuidados de Saúde Primários (CSP) do que na Psiquiatria. Estes estudos observaram que, nos CSP, os números mais altos de registos são os de utentes com transtornos depressivos, seguidos dos transtornos de ansiedade e, seguidamente, das demências.

5. METODOLOGIA E APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

5.1. Desenho Global de Investigação

Este estudo utiliza métodos de investigação quantitativos com pré-teste e pós-teste, pois ao ser desenhado para responder ao problema de investigação *“Qual o grau de eficácia e eficiência do modelo de intervenção psicoterapêutico HBM no tratamento da ansiedade generalizada?”*, visou avaliar o impacto da intervenção HBM na ansiedade generalizada.

5.1.1. Instrumentos

QUESTIONÁRIO DE DADOS SOCIO-DEMOGRÁFICOS | DADOS COMPLEMENTARES

Este questionário sociodemográfico, concebido especificamente para o estudo, destina-se a recolher informação detalhada sobre os sujeitos. Numa primeira secção constam os dados pessoais relativos à idade, género, distrito, estado civil, escolaridade, situação laboral e número de filhos. A segunda parte recolhe dados complementares sobre a duração da perturbação, o uso prévio e atual de medicação, bem como se já recorreu a outros tratamentos para lidar com a ansiedade, sejam psiquiátricos, psicoterapêuticos ou da esfera das medicinas complementares. Assim, o instrumento totaliza 15 questões.

INVENTÁRIO DE ANSIEDADE DE BECK

Este instrumento de autorrelato compreende 21 itens e avalia a intensidade de sintomas de ansiedade para os discriminar claramente dos sintomas de depressão (Beck & Steer, 1993). Aqui foi utilizada a versão portuguesa de Quintão (2010) que confirmou o conteúdo unidimensional desta medida. O instrumento avalia as dimensões afetiva, cognitiva e somática da ansiedade através de sintomas pontuados numa escala Likert de 4 pontos.

No BAI, as categorias foram definidas em “Sem ansiedade” (cotação até 10 pontos na escala), “Ansiedade leve” (cotação entre 11 e 19 pontos), “Ansiedade moderada” (cotação entre 20 e 30 pontos) e “Ansiedade severa” (cotação acima de 31 pontos na escala).

Na população portuguesa, esta medida apresenta valores psicométricos adequados, com uma validade de .79 e uma consistência dos itens de .99, sendo ambos os valores considerados adequados face ao estudo original (Quintão, 2010; Beck & Steer, 1993).

INVENTÁRIO DE ESTADO-TRAÇO DE ANSIEDADE

O Inventário de Ansiedade Estado-Traço avalia, de forma precisa, os níveis de ansiedade em clínica e em investigação. No presente estudo foi utilizada a tradução e adaptação de Santos e Silva (1997). Este instrumento possui um formato de resposta tipo Likert numa escala de 4 pontos e compreende 2 conjuntos de 20 itens que avaliam, respetivamente, um estado transitório e uma disposição mais estável de ansiedade no sujeito (Spielberger, 1983). A primeira, a ansiedade-estado (AE), consiste num estado emocional transitório, caracterizado por um sentimento de tensão de intensidade variável. Já a ansiedade-traço (AT) diz respeito a uma predisposição relativamente estável para responder ao stress com ansiedade e uma maior tendência para avaliar determinadas situações como ameaçadoras.

No STAI, as categorias foram definidas em “Sem ansiedade” (cotação até 29 pontos), “Ansiedade leve” (entre 30 e 39 pontos), “Ansiedade moderada” (cotação entre 40 e 59 pontos) e “Ansiedade severa” (cotação acima de 60 pontos).

A versão portuguesa confirma as boas qualidades psicométricas deste inventário, com um alfa de Cronbach de .85 para a AE e .86 para a AT e uma estabilidade teste-reteste de .59 para a AE e .80 para a AT (Santos & Silva, 1997).

5.1.2. População e Critérios de Seleção da Amostra

Para o desenvolvimento desta investigação e tendo em atenção os objetivos inicialmente definidos, a população-alvo foi constituída por 92 sujeitos, adultos, de ambos os sexos, com diagnóstico de sintomatologia ansiosa, oriundos de diversos distritos do país. Os participantes do presente estudo encontram-se globalmente caracterizados na tabela 2.

Variável	f	%
Sexo		
Homem	47	51,1
Mulher	45	48,9
Idade (máximo=67; mínimo=18; média=35,89; D.P.= 12,08)		
≤20	2	2,2
entre 21 e 30	38	41,3
entre 31 e 40	26	28,3
entre 41 e 50	13	14,1
entre 51 e 60	9	9,8
>60	4	4,3
Estado Civil		
Solteiro(a)	45	48,9
Casado(a)	33	35,9
União de facto	6	6,5
Viúvo(a)	2	2,2
Separado(a)	1	1,1
Divorciado(a)	5	5,4
Nº de Filhos		
nenhum	52	56,5
um	16	17,4
dois	19	20,7
três ou mais	5	5,4
Escolaridade		
Iltrado	2	2,2
1º ciclo	1	1,1
2º ciclo	8	8,7
3º ciclo	7	7,6
Ensino secundário	21	22,8
Licenciatura/Mestrado	49	53,3
Doutoramento	4	4,3
Situação face ao emprego		
Empregado(a)	63	68,5
Estudante	14	15,2
Desempregado(a)	9	9,8
Reformado(a)	6	6,5

Tabela 2: Caracterização sociodemográfica da amostra

Através destes dados observamos que a amostra é equilibrada em função do género, com marginal predomínio de participantes do sexo masculino (51,1%). A média de idades situa-se nos 35,89 anos, refletindo uma população adulta jovem. Concretamente, 69,6% da amostra apresenta uma idade compreendida entre os 21 e os 40 anos de idade. No que se refere ao estado civil, quase metade deles são casados e a maioria não possui filhos. O nível de escolaridade reflete a boa literacia dos sujeitos, com 53,3% a possuir uma licenciatura ou mestrado. Também a larga maioria da amostra se encontra estável profissionalmente (68,5%) (cf. tabela 2).

Há quantos anos sofria de ansiedade	f	%
< de 1 ano	5	5,4
entre 1 a 3 anos	13	14,1
entre 3 a 5 anos	17	18,5
entre 5 a 10 anos	29	31,5
> de 10 anos	28	30,5
Recurso a outros tratamentos *		
Medicação/consultas de Psiquiatria	73	79,4
Psicoterapia	21	22,8
Medicinas alternativas	10	10,9

Tabela 3: caracterização dos dados complementares da amostra (n=92)

** Os valores de f e % devem ser lidos de forma independente para cada categoria, porque alguns dos sujeitos recorreram a mais do que um tratamento em simultâneo.*

Relativamente à duração da perturbação de ansiedade, 31,5% dos participantes sofria de ansiedade de há 5 a 10 anos e 30,5% dos participantes apresentava esta sintomatologia há mais de 10 anos (cf. tabela 3).

Podemos assim verificar que 62% dos participantes viviam um sofrimento prolongado devido à ansiedade e, sendo assim, vários haviam já procurado outros tipos de tratamento. O recurso a outros tratamentos é registado em quase 83% da amostra. Especificamente, eles referem-se ao consumo de medicação, à frequência de sessões de psiquiatria, psicoterapia ou da área das medicinas alternativas. Nas respostas, o consumo de psicotrópicos é o mais assinalado: 60% dos sujeitos recorreram a psiquiatria e usaram pelo menos um medicamento para alívio dos sintomas de ansiedade. A psicoterapia é uma opção menos dominante e as medicinas alternativas têm ainda menor expressão, com um valor de 11% (cf. tabela 3).

5.1.3. Procedimentos

Todos os procedimentos referentes ao presente estudo foram cumpridos de acordo com uma rigorosa conduta ética, respeitando todos os princípios do código ético e deontológico do Psicólogo.

O tratamento HBM inicia-se com uma sessão de diagnóstico, durante a qual o psicoterapeuta procede a uma avaliação do caso clínico, identificando as causas do desequilíbrio psicológico e/ou emocional e, no final, delinea o plano terapêutico adequado. Este plano de tratamento é discutido conjuntamente com o paciente, tendo este a oportunidade de tomar uma decisão informada relativamente ao mesmo (Brás, 2010).

No início da primeira sessão de tratamento, e antes de qualquer intervenção terapêutica, os pacientes foram questionados quanto à disponibilidade para participar no presente estudo,

tendo sido informados acerca da sua natureza, dos seus objetivos e metodologia. Foi também assegurado aos participantes voluntários do estudo o seu anonimato e a confidencialidade dos dados, e todos assinaram um documento onde constavam as informações descritas. Em seguida, foi administrado o pré-teste a todos os participantes do estudo, do qual constava a ficha de dados sociodemográficos, o Inventário de Ansiedade de Beck (BAI) e Inventário de Estado-traço de Ansiedade (STAI).

As sessões de terapia HBM, com a duração de até 2 horas, são realizadas semanalmente, de acordo com o plano delineado na sessão de avaliação e até os objetivos definidos nessa mesma sessão terem sido alcançados. O número de sessões a realizar depende da avaliação do psicoterapeuta aquando da sessão de diagnóstico, contudo recomendam-se pelo menos 7 sessões terapêuticas intensivas para atingir algum equilíbrio emocional (Brás, 2010).

As técnicas utilizadas no Modelo Psicoterapêutico HBM – Athenese® e Morfese® – têm como referência o Mapa da Mente. A sua função é trabalhar o sistema emocional do indivíduo para que este se liberte de emoções, tais como angústia, medo, tristeza, ansiedade, entre outras, permitindo a alteração do seu estado depressivo ou ansioso (Brás, 2010).

Na última sessão de tratamento da fase intensiva, foi administrado o pós-teste todos os pacientes, constituído pelos mesmos questionários do pré-teste.

5.2. Metodologia Estatística dos Dados

Os dados obtidos foram analisados no software Statistical Package for Social Sciences® (SPSS) e no XLSTAT. O seu tratamento envolveu dois momentos.

Inicialmente utilizaram-se técnicas de estatística descritiva (frequências, percentagens, medianas, médias e desvios-padrão) e análises de inferência estatística das hipóteses recorrendo-se ao teste de independência do Qui Quadrado (χ^2), para uma probabilidade de erro tipo I (α) de 0,05.

Na verificação da existência de diferenças estatisticamente significativas entre uma variável independente com duas categorias e uma variável dependente numérica, efetuaram-se testes t de Student, para amostras independentes. Para a interpretação dos valores decorrentes deste procedimento, atendeu-se ao resultado do teste de Levene para igualdade de variâncias, tendo-se optado, sempre que era apontada a desigualdade de variâncias, por usar a correção

sugerida pelo software (Howell, 2006). Na análise inferencial de uma mesma variável numérica, foram calculados teste t de Student para amostras emparelhadas, quando se pretendia a comparação da medida em dois momentos distintos. Já na associação entre duas medidas numéricas foram calculados coeficientes de correlação de Pearson.

Todos os testes estatísticos reportam-se a um nível de significância $\leq \alpha = 0,05$ (Howell, 2006).

6. RESULTADOS

Para dar resposta à principal questão em análise neste estudo, “Qual a eficácia e eficiência do modelo de intervenção HBM no tratamento da ansiedade?”, foi efetuada uma comparação dos resultados da amostra no pré e no pós-tratamento para avaliar o impacto do modelo HBM na remissão da sintomatologia de tipo ansioso. Para tal, procedeu-se em primeiro lugar à descrição dos resultados em cada um dos instrumentos em estudo, nomeadamente o BAI e o STAI nas suas dimensões constituintes, a Ansiedade-estado (AE) e a Ansiedade-traço (AT) (cf. tabelas 4, 5 e 6).

6.1. Inventário de Ansiedade de Beck (BAI)

Pré-teste		Pós-teste	
Estadística	Valor Pré-teste	Estadística	Valor Pós-teste
No. de observações	92	No. de observações	92
Mínimo	3,000	Mínimo	0,000
Máximo	51,000	Máximo	33,000
1º Quartil	17,000	1º Quartil	3,000
Mediana	24,500	Mediana	7,000
3º Quartil	32,000	3º Quartil	10,000
Média	25,174	Média	7,772
Desvio-padrão (n)	10,792	Desvio-padrão (n)	6,323
Assimetria (Pearson)	0,359	Assimetria (Pearson)	1,466
Curtose (Pearson)	-0,465	Curtose (Pearson)	2,650

Tabela 4: Estatística descritiva do BAI

Verificou-se então que, no momento inicial (antes da intervenção psicoterapêutica), a média do índice de ansiedade no BAI era de 25, correspondendo ao valor médio da categoria de “Ansiedade moderada”.

No final da intervenção psicoterapêutica com recurso ao modelo HBM, a média deste mesmo índice diminuiu para 7,8, correspondendo à categoria “Sem ansiedade” (cf. tabela 4).

Para dar visibilidade às diferenças anteriormente referidas no nível de ansiedade, isto é, uma diferença estatisticamente significativa entre o pré-teste e o pós-teste da amostra, procedeu-se à análise da evolução do nível de sintomatologia da amostra nos pré-teste e pós-teste, categorizando as suas respostas (cf. tabela 5).

Categorias	Teste								T-Teste (amostras emparelhadas)
	Pré-teste				Pós-teste				
	f	%	Média	DP	f	%	Média	DP	
BAI									
Sem ansiedade	7	7,6	7,71	2,37	70	76,1	4,97	3,00	t (92) = 14,862, p < 0,001
Ansiedade leve	23	25,0	15,3	2,42	16	17,4	13,6	2,26	
Ansiedade moderada	37	40,2	25,0	2,90	5	5,4	23,2	2,78	
Ansiedade severa	25	27,2	39,4	5,64	1	1,1	33	0	
Total	92	100	25,2	10,851	92	100	7,8	6,373	

Tabela 5: Valores de ansiedade no BAI antes e após a Intervenção HBM

Assim, olhando aos resultados no BAI, verificou-se que, antes da intervenção psicoterapêutica, 40,2% da amostra apresentava índices de “Ansiedade moderada” (média=25,0; D.P.=2,90) e 27,2% uma “Ansiedade severa” (média=39,4; D.P.=5,64).

Após a intervenção psicoterapêutica com recurso ao modelo HBM, 76% da amostra (n=70) apresentava-se “Sem ansiedade” (média=4,97; D.P.=3,00) e 17,4% apresentava índices de “Ansiedade leve” (média=13,6; D.P.=2,26).

Graficamente, através do diagrama de caixa, podemos também aferir a relação causal entre a utilização do modelo de intervenção HBM e a remissão expressiva da sintomatologia de ansiedade de entre 70 a 90% da amostra, considerando globalmente estes resultados obtidos no BAI (cf. gráfico 1).

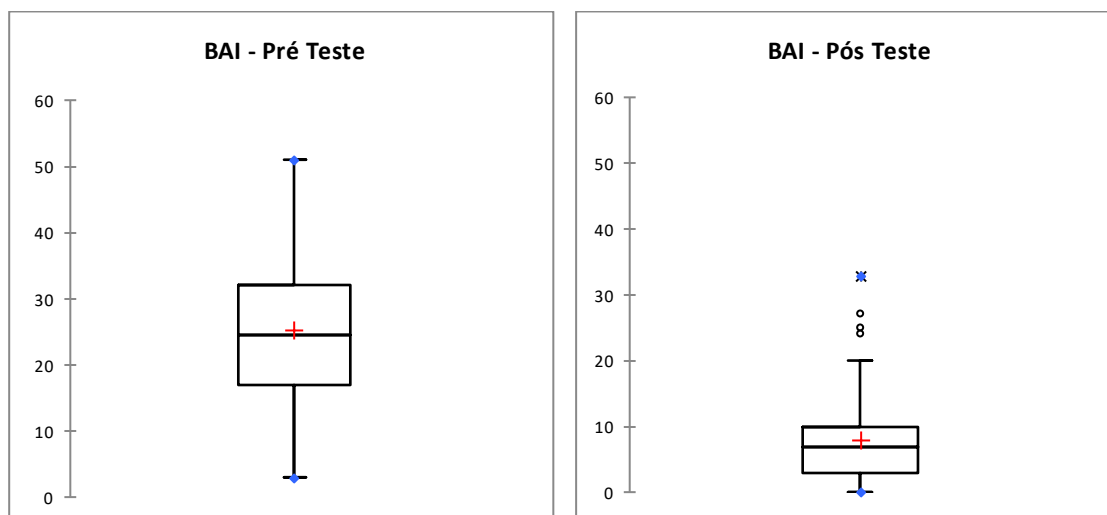


Gráfico 1: Diagrama de caixa para as pontuações do BAI no pré-teste e pós-teste

Globalmente, o diagrama de dispersão dos resultados do BAI no pós-tratamento confirma esta descida expressiva após a intervenção com o modelo HBM.

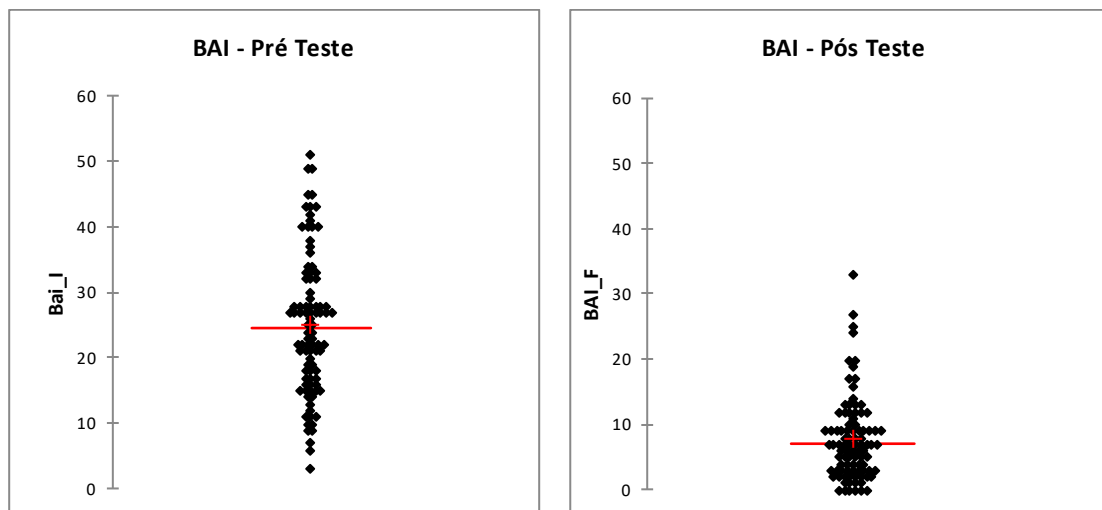


Gráfico 2: Diagrama de dispersão para as pontuações do BAI no pré-teste e pós-teste

6.2. Inventário de Estado-Traço de Ansiedade (STAI)

No caso da dimensão Ansiedade-estado (AE) do STAI, constatamos descidas equivalentes no pós-tratamento. Assim, a média das pontuações situava-se inicialmente em 48,8, correspondendo a um nível de “Ansiedade moderada” e, após o tratamento HBM, desceu para um nível de “Ansiedade ligeira” com um valor médio amostral de 31,8% (cf. tabela 6).

Pré-teste		Pós-teste	
Estatística	Valor Pré-teste	Estatística	Valor Pós-teste
No. de observações	92	No. de observações	92
Mínimo	19,000	Mínimo	20,000
Máximo	75,000	Máximo	63,000
Mediana	53,000	Mediana	29,000
Média	48,815	Média	31,815
Desvio-padrão (n)	14,133	Desvio-padrão (n)	9,642
Assimetria (Pearson)	-0,461	Assimetria (Pearson)	0,953
Curtose (Pearson)	-0,795	Curtose (Pearson)	0,495

Tabela 6: Estatística descritiva do STAI – Ansiedade-Estado

O nível de sintomatologia ansiosa desceu igualmente na dimensão Ansiedade-traço do STAI. O valor médio inicial de 57,1 situa-se no limite superior da “Ansiedade moderada” e após o tratamento HBM situou-se nos 34,4, no limite inferior da “Ansiedade ligeira”, aproximando-se da ausência de sintomatologia (cf. tabela 7).

Pré-teste		Pós-teste	
Estatística	Valor Pré-teste	Estatística	Valor Pós-teste
No. de observações	92	No. de observações	92
Mínimo	26,000	Mínimo	20,000
Máximo	79,000	Máximo	65,000
Mediana	59,500	Mediana	33,500
Média	57,163	Média	34,424
Desvio-padrão (n)	12,348	Desvio-padrão (n)	9,550
Assimetria (Pearson)	-0,490	Assimetria (Pearson)	0,632
Curtose (Pearson)	-0,526	Curtose (Pearson)	0,191

Tabela 7: Estatística descritiva do STAI – Ansiedade-Traço

Para dar visibilidade às diferenças anteriormente referidas no nível de ansiedade, isto é, uma diferença estatisticamente significativa entre o pré-teste e o pós-teste da amostra, procedeu-se à análise da evolução do nível de sintomatologia da amostra nos pré e pós-teste, categorizando as suas respostas nas duas escalas de ansiedade consideradas no STAI (cf. tabela 8).

					Teste				
Categorias	Pré-teste				Pós-teste				T-Teste (a mostras emparelhadas)
	f	%	Média	DP	f	%	Média	DP	
STAI – AE									
Sem ansiedade	16	17,4	25,3	2,70	47	51,1	24,3	2,95	t (92) = 10,982, p < 0,001
Ansiedade leve	7	7,60	34,0	2,83	27	29,3	34,6	2,69	
Ansiedade moderada	49	53,3	51,7	5,33	17	18,5	46,5	5,16	
Ansiedade severa	20	21,7	65,7	4,18	1	1,1	63	0	
Total	92	100	48,8	14,210	92	100	31,8	9,695	
STAI- AT									
Sem ansiedade	2	2,20	26,5	0,50	32	34,8	24,7	3,02	t (92) = 16,007, p < 0,001
Ansiedade leve	9	9,80	36,6	2,58	34	37,0	34,5	2,65	
Ansiedade moderada	35	38,0	50,9	5,30	24	26,1	45,2	3,82	
Ansiedade severa	46	50,0	67,3	4,97	2	2,2	63	2	
Total	92	100	57,1	12,415	92	100	34,4	9,602	

Tabela 8: Valores de ansiedade no STAI (discriminando a Ansiedade-Traço e Ansiedade-Estado), antes e após a Intervenção HBM

Relativamente à dimensão Ansiedade-estado do STAI, verificamos que 75% dos pacientes experienciavam uma ansiedade-estado severa ou moderada (severa: 21,7%; moderada: 53,3%) antes da intervenção psicoterapêutica.

Após a intervenção psicoterapêutica com recurso ao modelo HBM, 51,1% da amostra (n=47) apresentava-se “Sem ansiedade” (média=24,3; D.P.=2,95) e 29,3% apresentava índices de “Ansiedade leve” (média=34,6; D.P.=2,69).

A expressão da descida de sintomatologia é equivalente na dimensão Ansiedade-traço do STAI, constatando-se inicialmente que 88% dos pacientes apresentavam uma ansiedade-traço severa ou moderada (severa: 50%; moderada: 38%) antes da intervenção psicoterapêutica.

Após a intervenção psicoterapêutica com recurso ao modelo HBM, 37% da amostra (n=34) apresentava um nível de “Ansiedade leve” (média=34,5; D.P.=2,65) e 34,8% apresentava-se “Sem ansiedade” (média=24,7; D.P.=3,02).

Verifica-se deste modo, que existe uma diferença estatisticamente significativa entre a média do grau de ansiedade para o pré e pós-teste, tanto no BAI ($t(92) = 14,862, p < 0,001$), como em ambas as dimensões do STAI, especificamente na Ansiedade-estado ($t(92) = 10,982, p < 0,001$) e na Ansiedade-traço ($t(92) = 16,007, p < 0,001$), podendo-se inferir que a intervenção psicoterapêutica com recurso ao modelo HBM teve um impacto significativo na diminuição do grau de ansiedade dos pacientes.

Graficamente, através do diagrama de caixa, podemos também aferir a relação causal entre a utilização do modelo de intervenção HBMe a remissão expressiva da sintomatologia de ansiedade de entre 70 a 90% da amostra, considerando globalmente estes resultados obtidos no BAI (cf. Gráficos 1 e 2) e no STAI (cf. gráficos 3 a 6).

Globalmente, o diagrama de dispersão dos resultados do BAI no pós-tratamento confirma esta descida expressiva após a intervenção com o modelo HBM. Os resultados no STAI, considerando quer a Ansiedade-traço quer a Ansiedade-estado, refletem a mesma magnitude de descidas, observando os respetivos diagramas de caixa e de dispersão (cf. gráficos 3 a 6)

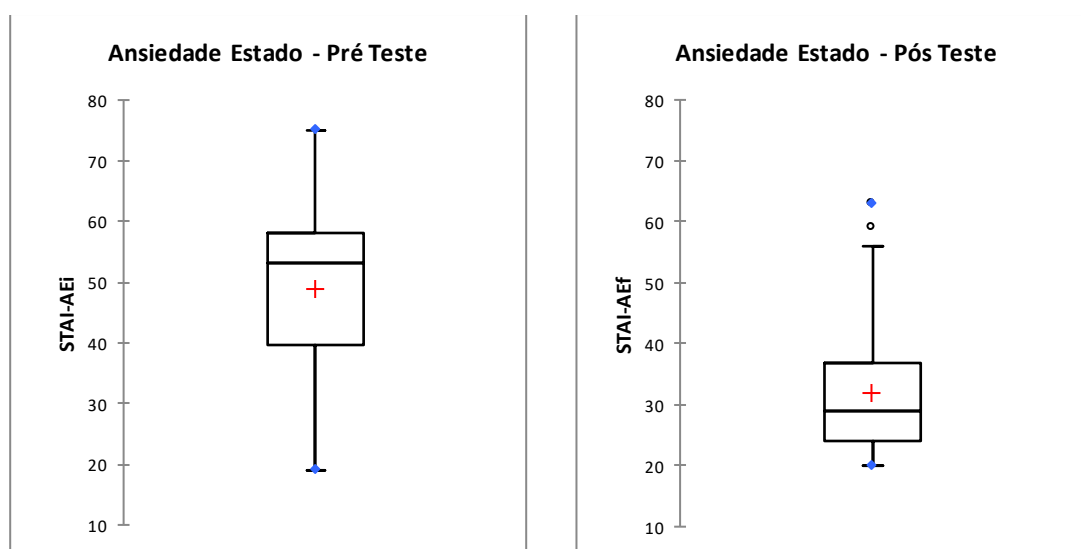


Gráfico 3: Diagrama de caixa para as pontuações do STAI-AE (Ansiedade-estado) no pré e pós-teste

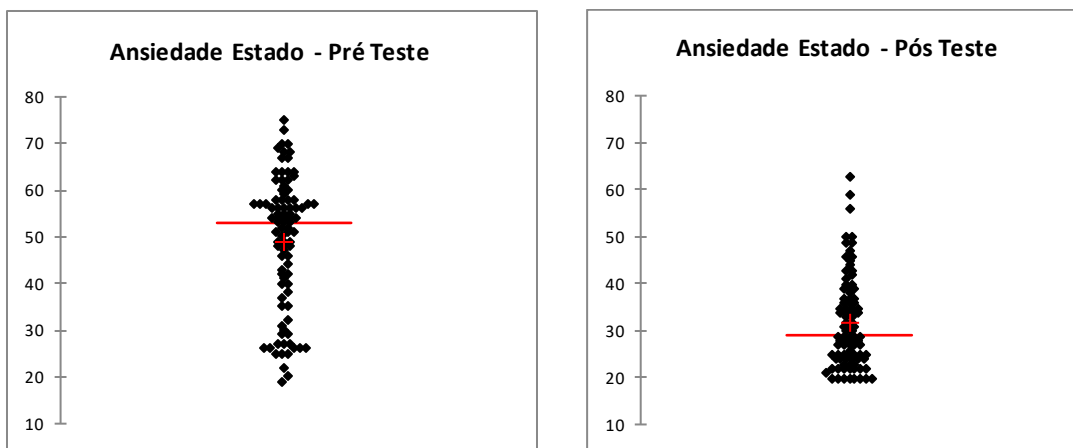


Gráfico 4: Diagrama de dispersão para as pontuações do STAI-AE (Ansiedade-estado) no pré e pós-teste.

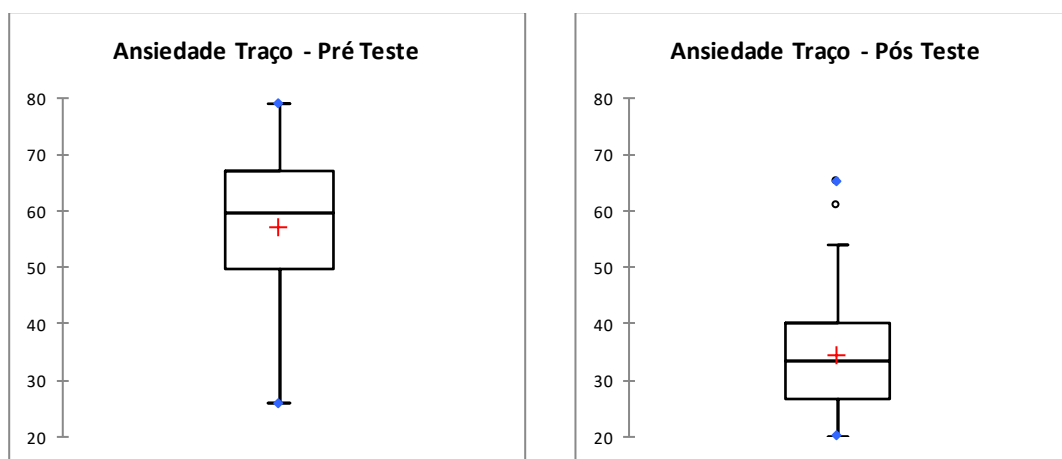


Gráfico 5: Diagrama de caixa para as pontuações do STAI-AT (Ansiedade-traço) no pré e pós-teste.

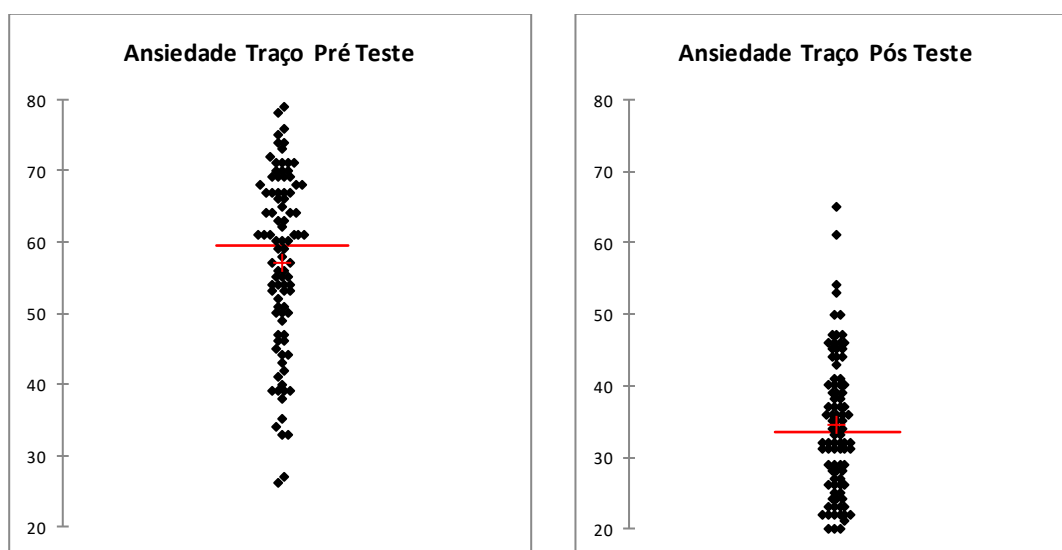


Gráfico 6: Diagrama de dispersão para as pontuações do STAI-AT (Ansiedade-traço) no pré e pós-teste.

Em relação ao número médio de sessões necessárias a esta redução da sintomatologia de ansiedade, verificou-se que, para 91,3% da amostra, foram necessárias entre cinco e dez sessões de intervenção terapêutica HBM (*cf.* tabela 9).

<i>Nº de sessões de tratamento</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
< 5 sessões	2	2,2
entre 5 e 10 sessões	84	91,3
> 10 sessões	6	6,5

Tabela 9: Distribuição do número de sessões de tratamento HBM na amostra

7. CONCLUSÃO

Com este capítulo pretende-se apresentar as conclusões associadas à questão operacionalizada neste estudo, para dar resposta ao problema de investigação *“Qual o grau de eficácia e eficiência do modelo de intervenção HBM no tratamento da ansiedade generalizada?”*, entendendo-se por eficácia uma intervenção que promova resultados (Mufson, Dorta, Olfson, Weissman & Hoagwood, 2004).

O objetivo da presente investigação foi analisar o impacto do modelo de intervenção HBM em pacientes com sintomatologia ansiosa, tendo sido avaliada uma amostra de conveniência de 92 sujeitos, oriundos de diversos distritos do país, dos quais 48,9% eram do sexo feminino (n=45) e 51,1% do sexo masculino (n=47), com idades compreendidas entre os 18 e os 67 (M=35,89; D.P.= 12,08). Esta distribuição está de acordo com os dados epidemiológicos.

No que concerne ao objetivo da investigação, os resultados obtidos permitiram tirar as conclusões que se seguem.

Para 91,3% da amostra foram necessárias entre cinco a dez sessões de intervenção terapêutica HBM para ultrapassar o estado de ansiedade generalizada em que se encontravam anteriormente, situando-se o valor médio em sete sessões. Esta conclusão representa uma viragem fundamental para a saúde mental, mostrando que, com as técnicas HBM, e em poucas semanas, é possível devolver o bem-estar e a funcionalidade diária, mesmo aos casos diagnosticados como crónicos ou intratáveis, sem recurso a medicação ou psicoterapias de longo curso.

A ansiedade, como resposta adaptativa, prepara o organismo para lidar com ameaças externas, favorecendo o comportamento de fuga face ao perigo (Darwin, 1872/1965). À semelhança de outras perturbações de ansiedade, o TAG resulta da perceção de perigo na ausência do estímulo agressor (Beck & Steer, 1993). A preocupação excessiva inerente ao TAG, como postulado pelo modelo HBM, resulta de experiências passadas marcantes que moldaram a resposta do indivíduo de modo a preocupar-se persistentemente com o que de mau pode acontecer (Brás, 2010). O presente estudo confirma que a ansiedade afeta grande parte da população, tanto como perturbação isolada ou em comorbilidade com outras patologias. À semelhança de outras perturbações, também aqui os nossos pacientes masculinos se apresentam menos ansiosos do que as mulheres. Do mesmo modo, a idade aparenta correlacionar-se negativamente com a ansiedade, ou seja, as pessoas de maior idade

apresentam menores índices desta patologia, como concluído por outros autores (Quintão, 2010).

Com o recurso ao STAI conseguimos distinguir a ansiedade como um estado transitório de reação emocional negativa, nomeadamente através da expressão de emoções subjetivas de receio, antecipação, nervosismo e preocupação exacerbada (ansiedade-estado), ou como uma característica da personalidade propensa a experienciar a ansiedade (ansiedade-traço).

Assim, verificamos que, no pré-teste, 75% dos pacientes experienciavam uma ansiedade-estado moderada ou severa e que, após a intervenção psicoterapêutica com recurso ao modelo HBM, 51,1% destes pacientes se encontravam em remissão total de sintomas ansiosos e 29,3% em estados de ansiedade leve.

Relativamente à ansiedade-traço que, na literatura, é comumente vista como de difícil mutação, verificamos que, no pré-teste, 88% dos pacientes sofriam de ansiedade-traço moderada ou severa e que, após a intervenção psicoterapêutica com recurso ao modelo HBM, 34,8% destes pacientes se encontravam em remissão total de sintomas ansiosos e 37% em estados de ansiedade-traço leve.

Verificou-se ainda a existência de uma diferença estatisticamente significativa ($t(92) = 14,862$, $p < 0,001$) entre a média do grau de ansiedade generalizada do pré-teste e do pós-teste, concluindo-se, deste modo, que a intervenção psicoterapêutica com recurso ao modelo HBM teve um impacto significativo na diminuição do grau de ansiedade dos pacientes, verificando-se a total remissão de sintomatologia ansiosa em 76,1% da amostra.

8. IMPLICAÇÕES DOS RESULTADOS DA INVESTIGAÇÃO E SUGESTÕES PARA FUTURAS INVESTIGAÇÕES

As conclusões decorrentes desta investigação revestem-se de particular importância para a construção de um novo paradigma de saúde mental, enfatizando a relevância da abordagem HBM no tratamento do flagelo do TAG.

A presente investigação contribuiu para uma base de conhecimento teórico e prático da saúde mental. Portanto, a abordagem HBM no tratamento do TAG deveria ser uma metodologia disseminada e amplamente utilizada pelos profissionais da área da psicologia e, como tal, deveria ser ensinada aos psicólogos durante a sua formação académica inicial e/ou na formação contínua, de forma a que estes possam diversificar e otimizar as estratégias interventivas utilizadas.

Os resultados e conclusões da presente investigação fizeram emergir novas questões de investigação que ficam como sugestão para futuras investigações, nomeadamente as seguintes.

Poderia, no futuro, ser pertinente delinear um estudo longitudinal e de follow-up, que permitisse acompanhar os pacientes ao longo dos anos de forma a averiguar se os resultados obtidos no final do tratamento intensivo se mantêm consistentes e estáveis. Contudo, sendo o TAG um estado normal que é potenciado pelas experiências e circunstâncias que o indivíduo vive ao longo do tempo, torna muito variável a medição do efeito de uma intervenção psicoterapêutica no tempo futuro (Brás, 2016). O modelo HBM, que visa sobretudo a quebra de um estado crónico num determinado momento, cria uma estrutura mental resistente a agressões presentes, mas ainda assim não interfere na capacidade de perceção da realidade em que as pessoas vivem (Brás, 2016).

Assim, a medição do efeito a longo prazo da intervenção psicoterapêutica HBM pode não ter significância, uma vez que o estado emocional varia no tempo como consequência de novas circunstâncias e vivências experienciadas pelo indivíduo. Apesar de as intervenções psicológicas potenciarem uma estrutura mental resistente a experiências agressoras, tal como acontece com o modelo HBM, todas as pessoas entram, com mais ou menos facilidade, em estados introspetivos, e sempre de acordo com a sua personalidade e perceções da realidade.

Este estudo abrangeu participantes oriundos de diversas regiões do país, contudo, seria interessante alargar o espectro de ação e implementação do projeto a uma amostra mais

alargada. Para tal, será importante a continuidade da investigação, continuando a implementá-lo aos pacientes que procurem ajuda psicoterapêutica na Clínica da Mente e que, voluntariamente, queiram fazer parte do estudo. Deste modo, torna-se possível uma maior generalização dos resultados obtidos e consolidação nas conclusões, permitindo comprovar de forma mais consistente estes mesmos resultados.

A abordagem HBM foi implementada em toda a amostra do presente estudo, contudo, no futuro, seria também pertinente criar, além do grupo experimental, um grupo de controlo de forma a avaliar o impacto de diferentes metodologias interventivas, assim como o potencial efeito placebo da medicação que muitos destes pacientes usam de forma continuada.

9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aires-Gonçalves, S. & Coelho, R. (2005). Perturbação de ansiedade generalizada em cuidados de saúde primários: abordagem e tratamento. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, 7, 1-2, pp. 65-75
- American Psychiatric Association (APA). (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM)*. 4th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (APA). (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM)*. 5th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Andreatini, R. (2001). Tratamento farmacológico do transtorno de ansiedade generalizada: perspectivas futuras. [Em linha]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/%0D/rbp/v23n4/7172.pdf>
- Apóstolo, J. *et al.* (2005). Depressão, ansiedade e stresse em utentes de cuidados de saúde primários. *Revista Referência*, II, 8, pp. 45 a 49. [Em linha]. Disponível em: [file:///C:/Users/CMT02202/Downloads/Revista Refer%C3%Aancia R110806.pdf](file:///C:/Users/CMT02202/Downloads/Revista%20Refer%C3%Aancia%20R110806.pdf)
- Azevedo, M., Ferreira, A., & Clemente, V. (1994). *Um Modelo Integrativo dos Distúrbios do Humor: da Etiopatogenia ao Tratamento*. Coimbra.
- Bahls, S. (2002). Depression in childhood and adolescence: clinical features. *Jornal de Pediatria*, 78 (5), 359-66.
- Baldwin, D. & Birtwistle, J. (2002). *Na atlas of depression*, Boca Raton, London, New York, Washington D.C.. TheParthenonPublishingGroup.
- Barlow, D. H. (2000). Unraveling the mysteries of anxiety and its disorders from the perspective of emotion theory. *American Psychologist*, Vol 55(11), p.1247-1263.
- Barlow, D.H., Farchione, T.J., Fairholme, C.P., Ellard, K.K., Boisseau, C.L. Allen, L.B. & Ehrenreich-May, J. (2011). *The Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders: Therapist Guide*. New York: Oxford University Press.
- Beck (2016). A Unified Model of Depression: Integrating Clinical, Cognitive, Biological, and Evolutionary Perspectives. Acedido em: <http://cpx.sagepub.com/content/early/2016/03/26/2167702616628523.full.pdf+html>.

- Beck A., Rush, A., Shaw, B. & Emery, G. (1978). *Cognitive Therapy of Depression*. New York: Guilford Press.
- Beesdo, K. (2010). Incidence and risk patterns of anxiety and depressive disorders and depressive disorders and categorization of generalized anxiety disorder. *Arch Gen Psychiatry*, 67, pp. 47-57.
- Bento, A., Carreira, M., & Heitor, M. (2001). *Censo Psiquiátrico de 2001: Síntese dos Resultados Preliminares*. Lisboa: Direcção-Geral de Saúde do Ministério de Saúde.
- Brás, P. (2010). *Manual HBM*. Documento não publicado. London: Master HBM Research.
- Brás, P. (2015). *Angustia... a dor da morte*. Acedida a 23 março de 2016, online em <https://www.clinicadamente.com/a-angustia-a-dor-da-morte/>
- Caldas de Almeida, J., & Xavier, M. (2013). *Estudo Epidemiológico Nacional de Saúde Mental* (Vol. 1). Lisboa. Faculdade de Ciências Médicas, da Universidade Nova de Lisboa.
- Campbell, L.; Brown. T. (2002). Generalised Anxiety. Martin M. Anthony & David D. Barlow (Eds). *Handbook of Assessment and Treatment Planning for Psychological Disorders*. THE GUILFORD PRESS, New York. Pp. 147 – 181.
- Campos R. (2000). *Estudio de la morbilidad psiquica en el nivel de Atención Primaria de la Ciudad de Zaragoza* [Dissertação de Doutoramento]. University of Zaragoza.
- Carpiniello B, Baita A, Carta MG, Sitzia R, Macciardi AM, Murgia S, Altamura AC (2002). Clinical and psychosocial outcome of patients affected by panic disorder with or without agoraphobia: results from a naturalistic follow-up study. *Eur Psychiatry*;17(7):394-8.
- Chiabi, S. (2014). *A Angústia na clínica psicanalítica e na psiquiatria*. *Psicanálise & Barroco* em revista v.12, n.1:135-147.
- Chisholm, et al. (2016). Scaling-up treatment of depression and anxiety: a global return on investment analysis. *Lancet Psychiatry*; 3: 415–24. [Em linha]. Disponível em: [http://www.thelancet.com/journals/lanpsy/article/PIIS2215-0366\(16\)30024-4/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lanpsy/article/PIIS2215-0366(16)30024-4/fulltext)
- Clark DM. A cognitive approach to panic. *Behav Res Ther*. 1986;24(4):461-70.
- Clark, D. & Beck A. (2012). *Terapia Cognitiva para os Transtornos de Ansiedade*. Editora Artmed (p.10-25).

- Costa, E., Antonio, R., Soares, M. & Moreno, R. (2006). *Psychodramatic psychotherapy combined with pharmacotherapy in major depressive disorder: an open and naturalistic study*. Revista Brasileira de Psiquiatria. [online] 28(1): 40-43.
- Del Porto, J. (1999). *Conceito e diagnóstico*. Rev. Bras. Psiquiatr. [online]. vol.21, suppl.1, p. 06-11. Acedido em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44461999000500003&lng=en&nrm=iso . ISSN 1516-4446.doi: 10.1590/S1516-44461999000500003.
- Direção-Geral da Saúde (2014). *Portugal: Saúde Mental em Números 2014*. Lisboa.
- DGS (Direção Geral de Saúde). (2016). Portugal – Saúde Mental em Números 2015. Programa Nacional para a Saúde Mental. [Em linha]. Disponível em: http://www.apah.pt/media/publicacoes_tecnicas_sector_saude_2/Saude_Mental.pdf
- DSM-IV – TR (2002), *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais*. 4ª Edição. Climepsi Editores
- Dugas, M. J.; Ladouceur, R. (2007). Análise e Tratamento do Transtorno de Ansiedade Generalizada. In: CABALLO, V. E. (coord.). *Manual para o Tratamento Cognitivo-Comportamental dos Transtornos Psicológicos*. São Paulo: Livraria Santos Editora.
- Engster, D. (2013). Transtorno de Ansiedade Generalizada. [Em linha]. Disponível em: <http://bibliodigital.unijui.edu.br:8080/xmlui/bitstream/handle/123456789/2383/TCC%20CORRIGIDO.pdf?sequence=1>
- Ensinck, K., Schuurman, A., Van DenAm, M., Kester, A., Knottnerus, J. *et al.* (1999). *Is there an increased risk of dying after depression?*. American Journal of Epidemiology. 156(11):1043-1048.
- Freud, S.(1953). Inibicion, síntoma y angustia. Obras completas, Buenos Aires: Rueda.
- Gale, C.; Milichamp, J. (2011). Generalised anxiety disorder. *Clinical Evidence*. [Em linha]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3275153/pdf/2011-1002.pdf>
- Gale, C. & Oakley-Browne, M. (2004). EBMH Notebook. [Em linha]. Disponível em: <http://ebmh.bmj.com/content/7/2/32.full.pdf>
- Gongora, M. (1981) *Conceitos de depressão*. Semina, 7(2): 115-120. Departamento de Psicologia Geral e Experimental da Fundação Universidade Estadual de Londrina PR.

- Gorman, J. (2001). Generalized Anxiety Disorder. *Clinical Cornerstone*, 3, 37-43
- Grinberg, L. (2000). *Culpa e Depressão*. Lisboa, Climepsi.
- Gusmão, R. e colaboradores (2005). O peso das perturbações depressivas: Aspectos epidemiológicos globais e necessidades de informação em Portugal. *Ata Médica Portuguesa* 18: 129-146.
- Guz, I. (1990). *Depressão: O que é, como se diagnostica e trata*. São Paulo: Roca.
- Hallstrom, C. & McClure, N. (2000). Ansiedade e depressão: perguntas e respostas. Climepsi Editores. International Association for the Study of Pain. [Em linha]. Disponível em http://www.iasp-pain.org/AM/Template.cfm?Section=Pain_Definitions. [Consultado em 25/09/2016].
- Hayes, M., Beevers, C., Feldman, G., Laurenceau, J. & Perlman, C. (2005). Avoidance and processing as predictors of symptoms change and positive in an integrative therapy for depression. *International Journal of Behavioral Medicine*, 12(2), 111-122.
- Hollander, E. & Simeon, D. (2004). *Transtornos de Ansiedade*. Artmed Editora. Porto Alegre.
- Kahn, J. P. (2013). *Angst: Origins of Anxiety and Depression*. New York: Oxford University Press. (p. 2-9).
- Kanter, J., Busch, A., Weeks, C. & Landes, S. (2008). The Nature of clinical depression: symptoms, syndromes, and behaviour analysis, 1-21. University of Wisconsin-Milwaukee.
- Kapczinski, F.; Margis, R. (2004). Transtorno de Ansiedade Generalizada. In: KNAPP, P. (org.). *Terapia cognitivo-comportamental na prática psiquiátrica*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Katschnig H, & Amering M. (1998). The long-term course of panic disorder and its predictors. *J Clin Psychopharmacol*;18(6 Suppl 2):6s-11s.
- Knapp, P. (2004). *Terapia cognitivo-comportamental na prática psiquiátrica*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Lydiard, R. (2000). An Overview of Generalized Anxiety Disorder: Disease State-Appropriate Therapy. *Clinical Therapeutics*, 22, A3-A24
- Maia, A. (2001). Modelos de avaliação da experiência depressiva. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 22 (2), 197-204.

- Manual de Psiquiatria Humberto Rotondo. (2002-2008). Acedido a 23 de março de 2016, em http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtual/libros/psicologia/manual_psiquiatr%C3%ADa/indice.htm.
- Metha, S., Mittal, P., e Swani, M. (2014). Psychosocial Functioning in Depressive Patients: A Comparative Study between Major Depressive Disorder and Bipolar Affective Disorder. *German Journal of Psychiatry*, 16(4), 124–129.
- Mufson, L., Dorta, K., Olfson, M., Weissman, M. & Hoagwood, K. (2004). Effectiveness research: transporting Interpersonal Psychotherapy for Depressed Adolescents (IPT-A) from the Lab to school-Based Health Clinics. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 7(4), 251-261.
- Nardi, A. et al. (1996). Transtorno de Ansiedade Generalizada II: Casos Clínicos e Tratamento. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria* 45(4), 237-240. [Em linha]. Disponível em: https://www.researchgate.net/profile/Antonio_Nardi/publication/293091289_Generalize_d_anxiety_disorder_Clinical_cases_and_treatment/links/56bc7d8908ae513496ecaeec.pdf
- Nierenberg, A., Sussman, N., & Trivedi, M. (2003). *Managing Relapse in Depression*. London: SciencePress, Ltd.
- Organização Mundial da Saúde (OMS) (2002). *Saúde mental: Nova Conceção, Nova Esperança*. Ministério da Saúde Direção Geral da Saúde.
- OMS (Organização Mundial de Saúde). (2004). *World Mental Health Survey Initiative*. WHO World Mental Health Surveys Consortium. [Em linha]. Disponível em: <http://www.hcp.med.harvard.edu/wmh/>
- Petrea, I., & McCulloch, A. (2013). *Mental Health*, in Mackenbach, J.; McKee, M.(eds) *Successes and Failures of Health Policy in Europe*, Berkshire, McGraw-Hill Education, 193-213.
- Pitta, J. (2010). Como diagnosticar e tratar transtornos de ansiedade. [Em linha]. Disponível em: http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?fase=r003&id_materia=4934
- Plano Nacional de Saúde (2004). *Mais saúde para todos*. Ministério da Saúde Direção Geral da Saúde.
- Rodrigues, A., Uva, M., Nunes, B., Marques, S., Antunes, S., Dias, C. (2014). Taxas de incidência de primeiros episódios de depressão nos cuidados de saúde primários em 2004 e 2012:

- dados da Rede Médicos-Sentinela. Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge. Boletim Epidemiológico, n.º7, 2ª série.
- Schestatsky, S. & Fleck, M. (1999). Psicoterapia das depressões. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 21(1): 41-47.
- Schotte, C., Bossche, B., Doncker, D., Claes, S., & Cosyns, P. (2006). A Biopsychosocial model as a guide for psychoeducation and treatment of depression. *Depression and Anxiety*, 23, 312-324.
- Simon, G., VonKorff M. (1998). Suicide mortality among patients treated for depression in an insured population. *American Journal of Epidemiology*. 147(2), 155-160.
- Syvälähti, E.K.G. (1994). Biological Aspects of Depression. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 377, 11-15.
- Tyrer, P. (2006). GAD Seminar. [Em linha]. Disponível em: <http://www.brown.uk.com/brownlibrary/tyrer.pdf>
- Wang, P. et al. (2011). Treated and untreated prevalence of mental disorder worldwide. In G. Thornicroft, G. Szmukler, K. Mueser & B. Drake (Eds.), *Oxford Textbook of Community Mental Health* (pp.50-66). New York: Oxford University Press.
- Wittchen, H. (2002). Generalized Anxiety Disorder: prevalence, burden, and cost to society. *Depression and Anxiety*, 16, 162-171
- Wittchen, H. et al. (2002). Generalized anxiety and depression in primary care: prevalence, recognition and management. *Journal of Clinical Psychiatry*, 63, pp. 24-34.
- World Health Organization (WHO/OMS) (2003). Investing in Mental Health. Geneva: Department of Mental Health and Substance Dependence, Non communicable Diseases and Mental Health, World Health Organization.
- World Health Organization (WHO) (1992). The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders. Clinical descriptions and diagnostic guidelines. Geneva: World Health Organization.