

Impacto do Modelo Psicoterapêutico HBM na Perturbação Depressiva

Núcleo de Investigação HBM – Clínica da Mente

Catarina Certal, Catarina Ferreira, Cécile Domingues, Joana Oliveira, Maria Clemente, junho de 2016

Nos países industrializados, a depressão é considerada um dos problemas mais graves de Saúde Pública da atualidade, tendo sido considerada pela Organização Mundial de Saúde (OMS, 2002) como a “doença do século”. Essa evidência é corroborada por diversos estudos (Bento, Carreira & Heitor, 2001; National Institute of Mental Health, 2002; Nierenberg, Sussman & Trivedi, 2003; WHO, 2003; PNS, 2004; Gusmão *et al.*, 2005; Schotte, Bossche, Doncker, Claes & Cosyns, 2006; Caldas de Almeida & Xavier, 2013; Rodrigues, *et al.*, 2014; DGS, 2014) que constataam uma prevalência preocupante em relação às perturbações depressivas.

Torna-se, assim, premente a necessidade de intervir de forma eficaz e eficiente no combate deste flagelo. Deste modo, com o presente estudo pretendeu-se avaliar o impacto da intervenção psicoterapêutica HBM (*Human Behaviour Map*) no tratamento da depressão.

Com efeito, a depressão causa um sofrimento psicológico extremamente complexo, com repercussões notórias na funcionalidade do ser humano (Araújo, Coutinho & Pereira, 2008), interferindo em todos os aspetos quotidianos, nomeadamente, a nível profissional, social, pessoal e económico (Metha, Mittal e Swani, 2014).

De uma forma global, a depressão é vista como uma perturbação mental

comum, caracterizada por tristeza, perda de interesse, sensação de cansaço, falta de concentração, ausência de prazer, oscilações entre sentimentos de culpa e baixa autoestima, além de distúrbios do sono ou do apetite (OMS, 2002). Todavia, a sintomatologia depressiva é multifacetada e variável de pessoa para pessoa (Schotte, Bossche, Doncker, Claes & Cosyns, 2006).

Vários são os autores que se têm vindo a debruçar sobre a temática da depressão, dada a gravidade e impacto que esta tem a nível de saúde pública, existindo, como tal, uma grande diversidade de perspetivas relativamente à origem e às causas da depressão.

Assim, este estudo aborda o problema de investigação: “Qual é a eficácia e eficiência do modelo de intervenção psicoterapêutica HBM no tratamento da depressão?” através de métodos de investigação quantitativos.

O modelo psicoterapêutico HBM permite a resolução de conflitos emocionais, internos e externos, do indivíduo, no sentido de modificar o estado emocional negativo em que a pessoa se encontra, ajudando-a a atingir o equilíbrio psicológico e emocional desejado (Brás, 2010).

METODOLOGIA E APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS

Este estudo utiliza métodos de investigação quantitativos com pré 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 depressão?”, visou avaliar o impacto da intervenção HBM na depressão.

Instrumentos

Para a realização deste estudo, foi utilizado como instrumento de investigação um questionário constituído por uma primeira parte relacionada com os dados sociodemográficos do indivíduo e uma segunda parte referente ao Inventário de Depressão de Beck – BDI. O Inventário de Depressão de Beck (*Beck Depression Inventory*) é a medida de autoavaliação de depressão mais consensual e amplamente usada tanto em pesquisa como em clínica (Beck & Steer, 1984; Dunn, Sham & Hand, 1993; Beck, Steer & Brown, 1996). Trata-se de um instrumento de autoavaliação, composto por uma escala do tipo *Likert* com vinte e um itens referentes a sintomas e atitudes cognitivas. Cada item encontra-se organizado numa escala de 0 pontos (ausência de sintomatologia) a 3 (sintomatologia severa), de acordo com a forma como se sentiram durante a última semana, obtendo-se uma pontuação total através do somatório de todos os itens (pontuação que pode variar entre 0 e 63).

Para amostras de sujeitos com perturbações emocionais, o *Center for Cognitive Therapy* (Beck, Brown, Steer, Eidelson & Riskind, 1988) recomenda os seguintes pontos de corte: 1) 0-9: não

deprimido; 2) 10-18: estados depressivos leves; 4) 19-29: depressão moderada; e 5) > 30: depressão grave.

Nos estudos originais, o BDI apresentou uma boa consistência interna ($\alpha = .81$), fiabilidade teste-reteste moderada a alta (de .60 a .90) e boa validade de critério baseada na diferenciação entre populações clínicas e não clínicas. No presente estudo a consistência interna foi de .89 (Alfa de *Cronbach*).

Crítérios de seleção da amostra e caracterização da população-alvo

Para o desenvolvimento desta investigação e tendo em atenção os objetivos inicialmente definidos, foi avaliada uma amostra de conveniência de 85 sujeitos, adultos, de ambos os géneros, com diagnóstico de sintomatologia depressiva, oriundos de diversos distritos do país, dos quais 64,7% do género feminino ($n=55$) e 35,3% do género masculino ($n=30$), com idades compreendidas entre os 18 e os 69 ($M=41,2$; $D.P.=12,991$).

No presente estudo, os pós-testes foram passados a 83,4% da amostra entre a 5ª e a 10ª sessão de intervenção psicoterapêutica, aquando do alcance dos objetivos terapêuticos delineados na consulta de avaliação e diagnóstico.

Procedimentos

Assim, num primeiro momento, foi realizada uma sessão de avaliação e diagnóstico pelos psicoterapeutas da Clínica da Mente, da qual resultou uma análise do caso clínico, identificando as causas das perturbações psicológicas e emocionais de cada paciente, delineando, assim um plano terapêutico apropriado para cada um.

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, assegurando todos os princípios éticos e deontológicos, bem como o seu anonimato e confidencialidade. Em seguida, foi administrado o questionário a todos os participantes do estudo, do qual constava a ficha de dados sociodemográficos e o Inventário de Beck (pré-teste).

As sessões intensivas do modelo terapêutico HBM, com a duração de até 2 horas, foram realizadas semanalmente, de acordo com o plano delineado na sessão de avaliação e até os objetivos inicialmente definidos terem sido alcançados. Torna-se importante referir que a duração do tratamento intensivo é variável, dependendo das necessidades e objetivos terapêuticos individuais.

Na última sessão de tratamento, da fase intensiva, foi novamente administrado a todos os pacientes o questionário (pós-teste).

É recomendável que, durante o ano após as sessões de tratamento intensivo,

sejam realizadas sessões de reforço, com o objetivo de manter e consolidar o equilíbrio emocional alcançado (Brás, 2010).

Tratamento estatístico 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 (X^2), para uma probabilidade de erro tipo I (α) de 0,05.

Num segundo momento, foram analisadas as características psicométricas do BDI: estudou-se a consistência interna do inventário, através do cálculo do coeficiente de precisão de resultados (Alfa de Cronbach) e dos índices de correlação de cada item com o total do Inventário.

Assim, para dar resposta à hipótese em estudo: “Qual a eficácia e eficiência do modelo de intervenção HBM no tratamento da depressão?”, interessou analisar se os pacientes que constituíram a amostra do presente estudo diminuíram o índice depressivo (Tabela 1).

Categorias	Teste								T-Teste (amostras emparelhadas)
	Pré-teste				Pós-teste				
	f	%	Média	DP	f	%	Média	DP	
Não deprimido	3	3.5	6.3	1.53	68	80	3.5	2.43	t (84) = 18.072, p < 0.001
Depressão leve	12	14.2	14.0	2.73	16	18.8	12.1	2.78	
Depressão moderada	32	37.6	24.3	3.36	1	1.2	20	0.0	
Depressão grave	38	44.7	37.9	7.38	0	0	0	0	
Total	85	100	28.3	11.124	85	100	5.3	4.491	

Tabela 1: Valores de depressão (por categorias) no pré e pós-teste da amostra

Verificou-se, então, que, no momento inicial (antes da intervenção psicoterapêutica), a média do índice depressivo da amostra era de 28,3, correspondendo ao limite máximo da categoria de “Depressão moderada”.

No final da intervenção psicoterapêutica com recurso ao modelo HBM, a média do índice depressivo da amostra era de 5,3, correspondendo à categoria de “Não deprimido”.

Verifica-se, deste modo, que existe uma diferença estatisticamente significativa ($t(84) = 18,072$, $p < 0.001$), entre a média do grau de depressão para o pré e pós-teste, podendo-se inferir que a intervenção psicoterapêutica com recurso ao modelo HBM teve um impacto significativo na diminuição do grau de depressão na totalidade dos pacientes (100%).

Para dar visibilidade às diferenças anteriormente referidas no nível de depressão, isto é, uma diferença estatisticamente significativa entre o pré-teste e o pós-teste da amostra, procedeu-se à análise da evolução do nível depressivo da amostra nos pré e pós-teste, categorizando as suas respostas na escala de depressão de Beck em “não deprimido” (cotação até 9 pontos na escala), “depressão leve” (cotação entre 10 e 18 pontos), “depressão moderada” (cotação entre 19 e 29) e “depressão grave” (cotação acima de 30 pontos na escala).

Assim, verificou-se que, antes da intervenção psicoterapêutica, 44,7% da amostra apresentava índices de “depressão grave” (média=37,9; D.P.=7,38) e 37,6% “depressão moderada” (média=24,3; D.P.=3,36).

Após a intervenção psicoterapêutica com recurso ao modelo HBM, 80% da amostra ($n=68$) apresentava-se “não

deprimida” (média=3,5; D.P.=2,43) e 18,8% apresentava índices de “depressão leve” (média=12,1; D.P.=2,78).

Através do diagrama de dispersão (Gráfico 1) e do diagrama de caixa (Gráfico 2), podemos também aferir a relação causal entre a utilização do modelo de intervenção HBM e a remissão total da sintomatologia depressiva para 80% da amostra e a diminuição quase total do índice depressivo da restante amostra.

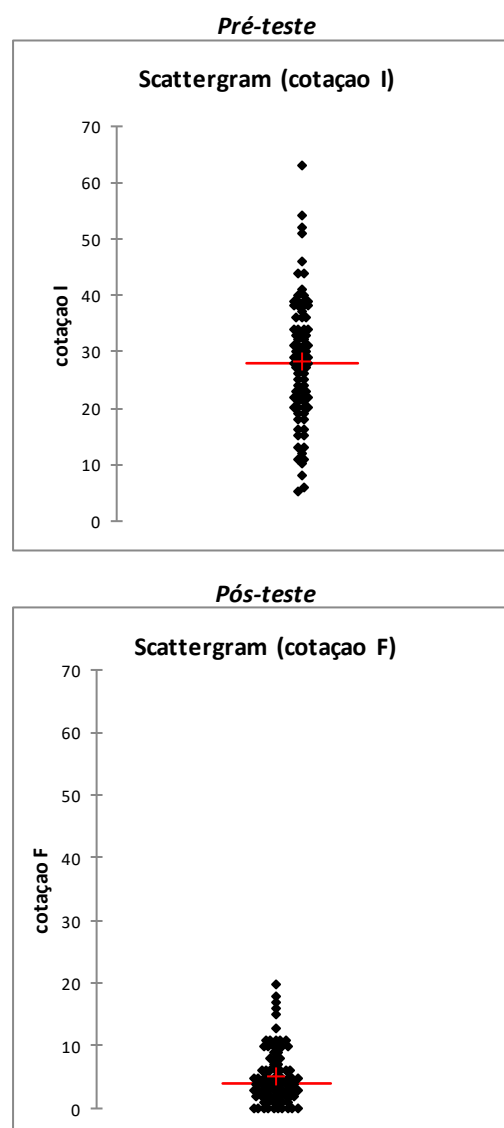


Gráfico 1: Diagrama de dispersão (pré e pós-teste)

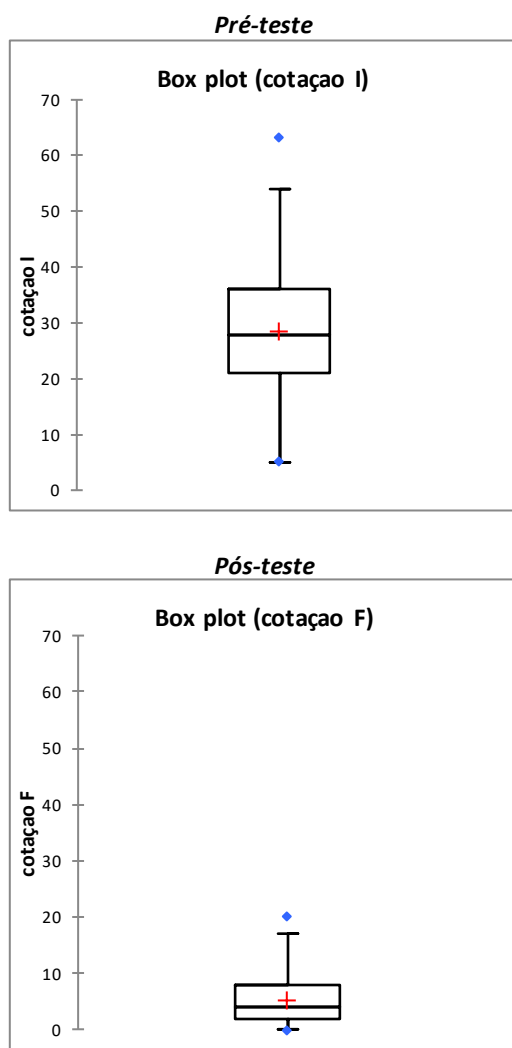


Gráfico 2: Diagrama de caixa, representado pelo segmento Whisker (pré e pós-teste)

Análise inferencial sobre o nível de depressão em função das variáveis sociodemográficas

Gênero. De forma a verificar o impacto que a variável sociodemográfica teria nos níveis de variação do grau de depressão, após a intervenção psicoterapêutica com recurso ao modelo HBM, procedeu-se a uma análise 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.

Atendendo ao número de casos esperados nos níveis de variação mais elevados (isto é, sujeitos que inicialmente

se encontravam no nível de “depressão grave” e após intervenção encontravam-se no nível de “não depressão”), constatou-se que, em todos os casos em que as mulheres iniciaram a psicoterapia com um nível de “depressão grave”, a intervenção psicoterapêutica com recurso ao modelo HBM teve um maior impacto do que os homens que também iniciaram a intervenção com um nível de “depressão grave”, inferindo-se que o modelo de intervenção HBM é altamente eficaz e eficiente no tratamento da depressão, tendo um grau de eficácia estatisticamente significativa ($M=13,869$; $\chi^2:0,005$) especialmente naqueles casos em que o índice depressivo inicial é mais severo, antes do tratamento, sendo também muito relevante o efeito do tratamento em função do género, uma vez que as mulheres assistem a uma diminuição do índice depressivo, de forma mais acentuada.

CONCLUSÃO

Com este capítulo pretende-se apresentar as conclusões associadas à questão de investigação operacionalizada para dar resposta ao problema de investigação: “Qual é a eficácia e eficiência do modelo de intervenção HBM no tratamento da depressão?”.

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

Existe uma diferença estatisticamente significativa ($t(84) = 18,072$, $p < 0.001$), entre a média do grau de depressão 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 depressão dos pacientes, verificando-se

a total remissão de sintomatologia depressiva em 80% da amostra.

Para 83,4% da amostra, foram necessárias entre cinco e dez sessões de intervenção terapêutica para ultrapassar o estado depressivo em que se encontravam anteriormente, percebendo-se com qualidade de vida e bem-estar.

Schestatsky e Fleck (1999) levaram a cabo um estudo com o intuito de testar a eficácia de um tratamento psicoterapêutico cognitivo-comportamental em sujeitos na fase aguda da depressão. Os resultados revelaram uma eficácia na diminuição da sintomatologia depressiva de 55,3%, tendo sido necessárias vinte sessões de terapia cognitivo-comportamental para os sujeitos ultrapassarem o estado depressivo em que se encontravam anteriormente, ou seja, para passarem do estado depressivo severo para o estado depressivo moderado.

Hayes, Beevers, Feldman, Laurenceau & Perlman (2005) realizaram um estudo com 29 pacientes diagnosticados com depressão, utilizando um método de intervenção diferenciado de psicoterapia denominado *Depression Treatment and Wellness Promotion Program*, constituído por 24 sessões. Os resultados apontaram para uma diminuição de 50% dos sintomas de depressão.

Costa, António, Soares e Moreno (2006) relataram um ensaio clínico controlado de 62 sujeitos com sintomatologia depressiva, tratados com psicoterapia psicodramática combinada (recurso a fármacos) (GE) e com terapia farmacológica (GC). O GE foi sujeito a 4 sessões terapêuticas individuais e 24 sessões de terapia de grupo. O GC passou exclusivamente pela farmacoterapia. A análise dos resultados mostrou que 20% dos pacientes do GE teve completa remissão e 31,62% teve diminuição da sintomatologia

depressiva. No GC nenhum paciente teve remissão, 14,33% teve diminuição da sintomatologia depressiva e 30% teve piora dos sintomas depressivos.

Na presente investigação constatou-se, também, que em todos os casos em que as mulheres iniciaram a psicoterapia com um nível de “depressão grave”, a intervenção psicoterapêutica com recurso ao modelo HBM teve um maior impacto do que nos homens que também iniciaram a intervenção com um nível de “depressão grave”.

Concluiu-se, ainda, que o modelo de intervenção HBM é altamente eficaz e eficiente no tratamento da depressão, tendo um grau de eficácia estatisticamente significativa ($M=13,869$; $X^2:0,005$) especialmente naqueles casos em que o índice depressivo inicial é mais grave.

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 da depressão.

A presente investigação contribuiu para uma base de conhecimento teórico e prático da saúde mental. Portanto, a abordagem HBM no tratamento dos estados depressivos, 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.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Araújo L., Coutinho M., & Pereira D. (2008). Depressão em crianças e adolescentes escolares: Um estudo das representações sociais. *Associação de Psicologia Social*, 523.
- Beck A., Brown G., Steer R., Eidelson J., Riskind J. (1988). Differentiating anxiety and depression: A test of the cognitive content-specificity hypothesis. *Journal of Abnormal Psychology*, 96:179–183.
- Beck, A., & Steer, R. (1984). Internal consistencies of the original and revised Beck Depression Inventory. *Journal of Clinical Psychology*, 40(6): 1365-1367.
- Beck, A., Steer, R., & Brown, G. (1996). BDI-II manual. The psychological corporation. San Antonio, TX.
- 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.
- 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.
- 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.
- (DGS) Direcção-Geral da Saúde (2014). Portugal: Saúde Mental em Números 2014. Lisboa.
- Dunn, G.; Sham, P. & Hand, D. (1993). Statistics and the Nature of Depression. *Psychological Medicine* (23):871-889.
- Gusmão, R. e colaboradores (2005). O peso das perturbações depressivas: Aspetos epidemiológicos globais e necessidades de informação em Portugal. *Ata Médica Portuguesa* 18: 129-146.
- 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.
- Metha, S., Mittal, P., e Swani, M.K., (2014). Psychosocial Functioning in Depressive Patients: A Comparative Study between Major Depressive Disorder and Bipolar Affective Disorder. *German Journal of Psychiatry*, vol. 16, no. 4, pp. 124–129.
- National Institute of Mental Health (2002). Anxiety Disorders (Rev. Ed.). Hendrix, M.L.: Author.
- Nierenberg, A., Sussman, N., & Trivedi, M. (2003). Managing Relapse in Depression. London: Science Press, Ltd.
- Organização Mundial da Saúde (OMS) (2002). Saúde mental: Nova Conceção, Nova Esperança. Ministério da Saúde Direcção Geral da Saúde.
- Plano Nacional de Saúde (2004). Mais saúde para todos. Ministério da Saúde Direcção 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
psycho education and treatment of
depression. Depression and Anxiety,
23, 312-324.
- World Health Organization (WHO/OMS)
(2003). Investing in Mental
Health. Geneva: Departament of
Mental Health and Substance
Dependence, Non communicable
Diseases and Mental Health, World
Health Organization.