

INTERVENÇÃO PSICOTERAPÊUTICA HBM: O IMPACTO DO MODELO NA PERTURBAÇÃO DE PÂNICO

Catarina Certal¹ & Carla Oliveira¹

¹Núcleo de Investigação HBM – Clínica da Mente, Portugal, catarinacertal@hotmail.com,
carlaoliveira@clinicadamente.com

RESUMO : A incidência do Transtorno do Pânico na população mundial é de 2% a 5% (Leal, 2010), pelo que se torna premente o tratamento precoce e intensivo de modo a prevenir a sua cronicidade (Hallstrom e McClure, 2000).

Este estudo utiliza métodos de investigação quantitativos com pré e pós-teste, com o intuito de avaliar o impacto da intervenção HBM no tratamento dos Ataques de Pânico.

A população-alvo foi constituída por 105 sujeitos, com diagnóstico de Perturbação de Pânico, com ligeira predominância do sexo feminino (60,9%) e com idades compreendidas entre 18 e 60 anos (M=33,53; D.P.=10,65). Existe uma diferença estatisticamente significativa ($t(104) = 26,067, p < 0,001$) entre a média do grau de intensidade de Ataques de Pânico do pré-teste e do pós-teste, concluindo-se que a intervenção psicoterapêutica com recurso ao Modelo HBM teve um impacto significativo na diminuição da intensidade e gravidade dos Ataques de Pânico dos pacientes, verificando-se a total remissão de Ataques de Pânico em 81,9% da amostra.

Um ano após o término da intervenção psicoterapêutica (follow-up), 89,1% da amostra (n=65) apresentava-se com “ausência total de Ataques de Pânico” ou com “A.P. leve”.

Sendo a Ansiedade uma reação normal do organismo, a ligeira variação da intensidade média dos Ataques de Pânico no pós-teste (6,038) em relação ao follow-up (14,0) é perfeitamente normativa tendo em conta o hiato temporal sem qualquer tipo de intervenção, revelando-se resultados promissores para a construção de um novo paradigma de saúde mental, enfatizando a importância da psicoterapia no tratamento do Transtorno de Pânico.

Palavras-chave: perturbação de pânico, modelo HBM, intervenção psicoterapêutica

HBM PSYCHOTHERAPEUTIC INTERVENTION: THE IMPACT OF THE MODEL ON PANIC DISORDER

ABSTRACT: The incidence of Panic Disorder in the world population is 2% to 5% (Leal, 2010), which makes precocious and intensive treatment more urgent in order to prevent its chronicity (Hallstrom and McClure, 2000).

The present study used quantitative methods with pretest and post-test in order to assess the impact of human behaviour map (HBM) intervention in the treatment of.

¹ Rua Dr. Justino Cruz, n.º90, 2ºandar, 4700-314 Braga. e-mail: catarinacertal@clinicadamente.com

PSICOTERAPIA HBM NA PERTURBAÇÃO DE PÂNICO

The target population consisted of 105 subjects, with Panic Disorder, with a predominance of females (60.9%) and aged between 18 and 60 years ($M = 33.53$, $SD = 10.65$).

There is a statistically significant difference ($t(104) = 26.067$, $p < 0.001$) between the mean of the degree of intensity of Panic Attacks of the pretest and the post-test, concluding that the psychotherapeutic intervention using the HBM Model had a significant impact on the reduction of the intensity and severity of the Panic Attacks of the patients, with a total remission of Panic Attacks in 81.9% of the sample.

One year after the end of the psychotherapeutic intervention, 89.1% of the sample ($n = 65$) presented with "total absence of Panic Attacks" or "A.P. Light".

Anxiety is a normal reaction of the organism, so, the slight variation of the mean intensity of the Panic Attacks in the post-test (6,038) in relation to the follow-up (14,0) is perfectly normative taking into account the temporal gap without any type of treatment, revealing promising results for the construction of a new mental health paradigm, emphasizing the importance of psychotherapy in the treatment of Panic Disorder.

Keywords: panic disorder, human behaviour model (HBM), psychotherapy, treatment

Recebido em 31 de Agosto de 2018/ Aceite em 23 de Outubro de 2018

Este estudo teórico e exploratório apresenta uma análise do perfil clínico da Perturbação de Pânico, tendo em conta o modelo de intervenção terapêutica Human Behaviour Map (HBM), tendo como principais objetivos avaliar a sintomatologia da Perturbação de Pânico, estudando a sua variação antes e depois da intervenção HBM, e verificar o impacto da psicoterapêutica HBM nos Ataques de Pânico.

PERTURBAÇÃO DE PÂNICO

Definição

A Perturbação Pânico é uma Perturbação de Ansiedade acompanhada de alterações cognitivas e comportamentais que podem ser mais ou menos incapacitantes, e que se caracteriza na sua essência pela presença de crises de Ansiedade graves e intensas, segundo Gouveia, Carvalho & Fonseca (2004). Na perspetiva destes autores, trata-se de um Transtorno com evolução crónica, que afeta em maior percentagem o género feminino, e com uma evolução variável que advém do contexto, intensidade, frequência e imprevisibilidade das crises e dos sintomas aquando do Ataque de Pânico (Gouveia, Carvalho & Fonseca, 2004).

Por sua vez, Holmes (2001) refere que o Transtorno de Pânico envolve breves períodos de Ansiedade espontânea excecionalmente intensa. Tais períodos vão e vêm subitamente, durante apenas alguns minutos e a sua ocorrência é imprevisível. Eles parecem “vir do nada” e podem até mesmo acontecer durante o sono. Além de sentimentos de apreensão, medo e terror, o indivíduo experimenta sintomas físicos que podem incluir respiração curta, palpitações cardíacas, dores no peito, sensações de asfixia ou sufoco, tonturas, sentimentos de irrealidade, formigueiro, calafrios e calores, suor, fraqueza e tremor.

Já para Cordeiro (2005) a Perturbação de Pânico caracteriza-se pela ocorrência de Ataques de Pânico que consistem no aparecimento súbito de uma intensa Ansiedade, vivida com grande

desconforto, alterações somáticas e receio de que algo de catastrófico esteja a acontecer, como, por exemplo, um ataque cardíaco.

Para Marot (2004), o Transtorno de Pânico define-se como crises recorrentes de forte ansiedade ou medo. As crises de Pânico são entendidas como intensas, repentinas e inesperadas, provocando nas pessoas a sensação de mal-estar físico e mental, juntamente com um comportamento de fuga do local onde se encontra.

Locatelli (2010), considera que a Perturbação de Pânico é fruto de uma vivência inadequada, de elevada excitação emocional, que leva a pessoa a sentir sintomas físicos associados em situações quotidianas completamente inofensivas. No entanto, a autora acrescenta que a Perturbação pode também surgir sem nenhum estímulo externo. Desta experiência irracional e catastrófica, resultam medo de desmaiar, medo de perder o controlo, medo de ter um ataque cardíaco e medo de morrer.

A Ansiedade enquanto distúrbio é uma reação emocional que o indivíduo tem dificuldade em controlar e que se pode manifestar em três campos: ao nível do pensamento (preocupação, insegurança, sentimento de inferioridade, incapacidade de tomar decisões e de concentração, desorientação e esquecimentos frequentes); ao nível do organismo (tensão arterial elevada, falta de ar, tremores, tensão muscular, secura da boca, náuseas, tonturas); e ao nível do comportamento (onde a expressão da Ansiedade implica uma variedade de atos que vão desde pequenos tiques a grandes dependências, como também fuga e/ou evitamento de situações temidas) (Gouveia, Carvalho & Fonseca, 2004; Locatelli, 2010; King et al., 2011; Pezzato et al., 2012).

Um grande leque de autores considera que as crises de Pânico frequentemente se iniciam num período de vida em que existem fatores desencadeadores de stress, (como problemas relacionais, profissionais, económicos, etc.) (Milrod et al., 1997; Dozier, Stovall & Albus, 1999; Holmes, 2001; Gouveia, Carvalho & Fonseca, 2004).

Causas do Transtorno do Pânico

As pesquisas indicam que a causa dos Ataques de Pânico tende a envolver o significado inconsciente de eventos traumáticos e que a sua patogénese pode estar relacionada com fatores neurofisiológicos ativados por reações psicológicas (Kaplan, Sadock e Grebb citado por Pereira, Riesinger, 2002).

Baker (2007) considera que os Ataques de Pânico ocorrem de forma absolutamente espontânea, por nenhuma razão óbvia, ou seja, uma pessoa que vive exatamente como qualquer outra, com a agitação e desgaste comum da vida, pode um dia, de repente, experienciar um Ataque de Pânico sendo esse o começo de um longo período de mudança.

Baker (2007) considera ainda a idade mais comum para os primeiros Ataques entre os quinze e os trinta anos, embora possam ocorrer em qualquer idade, e que, após a ocorrência do primeiro Ataque de Pânico, os sujeitos tendem a interpretar os processos que ocorrem no seu organismo de uma forma irracional e desmesurada, resultando em medos, tais como o medo de desmaiar, medo de morrer ou medo de perder o controlo.

De acordo com Brás (2016), os Ataques de Pânico têm na sua origem uma descarga hormonal anómala que produz um estado físico semelhante a um estado de Ansiedade que, não sendo congruente com o estado mental, distorce a função Medo/Ansiedade tal é a força traumática das sensações vividas, levando-o a pensar estar em colapso físico, e elevando a perceção da probabilidade de morrer. Assim, e nestas situações, o indivíduo associa erradamente o estado físico do medo a ansiedade, a circunstâncias ambientais inofensivas ou tendencialmente agressoras vividas no momento da descarga hormonal. Brás (2016) denomina o Transtorno do Pânico como Distúrbio Cíclico da Ansiedade, em que o indivíduo tem medo de sentir a própria Ansiedade,

PSICOTERAPIA HBM NA PERTURBAÇÃO DE PÂNICO

criando um ciclo interminável que se inicia com um estímulo. Este estímulo é a experiência circunstancial no momento da distorção Medo/Ansiedade.

Sintomas do Transtorno do Pânico

Ao contrário da Perturbação de Ansiedade Generalizada, em que a preocupação e tensão são predominantes, pacientes com Transtorno do Pânico invariavelmente descrevem a Perturbação com maior ênfase nos sintomas somáticos inerentes ao funcionamento do pulmão, coração, trato gastrointestinal e “nervos”. O número de queixas físicas puras na Perturbação de Pânico distingue-o das queixas mais “emocionais” dos pacientes com Perturbação de Ansiedade Generalizada. Segundo Abrão (2004):

Os Ataques também variam de pessoa para pessoa. Embora o conjunto de sintomas e de sentimentos seja comum a todos, o modo como eles se manifestam muda de acordo com a história e o momento de cada um. Por isso, há variação também na intensidade e no tipo de sintoma. Basicamente, um Ataque de Pânico é caracterizado por alguns sintomas. (Abrão, 2004, p. 23).

Na perspectiva de Kapczinski (2003), os Ataques de Pânico são, então, períodos de intenso medo e ansiedade, acompanhados de sintomas psicossomáticos, com um início repentino e que, em geral, têm uma duração de 20 a 40 minutos, seguidos de sensação de cansaço intenso e fraqueza, como após um esforço físico intenso. Leal (2010) considera ainda que os Ataques de Pânico podem levar a uma necessidade extrema de fuga e/ou evitamento das situações temidas.

EPIDEMIOLOGIA

A incidência do Transtorno do Pânico na população mundial é de 2% a 5% (Leal, 2010). A idade de início situa-se tipicamente entre o final da adolescência e a quarta década de vida. A proporção é maior na faixa etária compreendida entre os 20 e os 35 anos. Um pequeno número de casos começa na infância, e o início após os 45 anos é incomum, mas pode ocorrer (Stahl, 2002; Kapczinski, 2003, Annicchino, 2007).

Nos Estados Unidos da América, pesquisas levadas a cabo por Neto (2010) evidenciaram que, em cada 1.000 indivíduos, cerca de 1 a 3 são afetados pelo Transtorno do Pânico. As mulheres têm duas a três vezes mais probabilidade de serem afetadas pelo Transtorno de Pânico do que os homens (Muotri, 2007).

A prevalência do Transtorno de Pânico estimada pelo DSM-IV, de acordo com Hetem e Graeff (2004), é de 1,5% a 3,5%, e duas a três vezes mais frequente em mulheres. Não existem diferenças significativas entre os sexos quanto à idade de início, perfil de sintomas durante os Ataques de Pânico nem quanto à gravidade dos comportamentos de evitamento ou às situações evitadas (Locatelli, 2010).

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.

Os dados relativos à prevalência anual das perturbações psiquiátricas indicam que as Perturbações de Ansiedade (onde se enquadram os Ataques de Pânico) possuem a prevalência mais elevada em Portugal (16,5%), seguidas das Perturbações Depressivas (7,9%).

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 (23,1%), possui a prevalência mais alta de perturbações psiquiátricas na Europa. Como se pode ver na quadro 1 (DGS, 2014), o grupo das perturbações da Ansiedade (onde se inclui o transtorno do Pânico) 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).

Quadro 1.

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

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

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 (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.

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).

MÉTODO

Desenho de Investigação

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 do transtorno do Pânico?”, visou avaliar o impacto da intervenção HBM no tratamento dos Ataques de Pânico.

PSICOTERAPIA HBM NA PERTURBAÇÃO DE PÂNICO

Participantes

Para o desenvolvimento desta investigação e tendo em atenção os objetivos inicialmente definidos, a população-alvo foi constituída por 105 sujeitos, adultos, de ambos os sexos, com diagnóstico de Perturbação de Pânico, oriundos de diversos distritos do país.

Através destes dados, observamos que a amostra é relativamente equilibrada em função do género, com ligeiro predomínio de participantes do sexo feminino (60,9%). A média de idades situa-se nos 33,53 anos, refletindo uma população adulta jovem. Concretamente, 64% da amostra apresenta uma idade compreendida entre os 21 e os 40 anos de idade. No que se refere ao estado civil, 50% dos sujeitos são solteiros e a maioria não possui filhos (56,2%). O nível de escolaridade reflete a boa literacia dos sujeitos, com 49,5% a possuir uma licenciatura ou mestrado. Também a larga maioria da amostra se encontra estável profissionalmente (68%).

Relativamente à duração do Transtorno de Pânico, 30,5% dos sujeitos sofria Ataques de Pânico há mais de 10 anos e apenas 19,1% apresentava esta Perturbação há menos de 1 ano.

No que se refere à periodicidade dos Ataques de Pânico, podemos verificar que, em 56,1% da amostra, a frequência é diária ou semanal, para 31,5% da amostra a frequência é quinzenal ou mensal e apenas anual em 12,4% dos sujeitos.

Podemos assim verificar que a larga maioria da amostra vivia um sofrimento prolongado devido ao Transtorno do Pânico e, por isso, vários haviam já procurado outros tipos de tratamento. O recurso a outros tratamentos é registado em 83,4% da amostra.

Especificamente, é referido o consumo de medicação (66,7%; n=70), a frequência de sessões de psicologia e/ou psicoterapia (24,8%; n=26) e, com menor expressão, o recurso a medicinas alternativas.

Material

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, a periodicidade e regularidade dos Ataques de Pânico, o uso prévio e atual de medicação, bem como se já recorreu a outros tratamentos para lidar com a Perturbação.

Inventário de ansiedade de Beck (BAI)

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 0,79 e uma consistência dos itens de 0,99, sendo ambos os valores considerados adequados face ao estudo original (Quintão, 2010; Beck & Steer, 1993).

Escala de pânico e agorafobia (EPA)

A Panic and Agoraphobia Scale criada por Bandelow (1995) avalia a gravidade do Transtorno de Pânico, tendo sido traduzida para o português por Lotufo-Neto (2000).

A EPA é um instrumento de fácil aplicação que avalia a frequência, duração e gravidade dos Ataques de Pânico; avalia a frequência do evitamento agorafóbico; avalia a Ansiedade antecipatória; avalia a incapacidade; e avalia a preocupação acerca de implicações do Pânico relacionadas com a saúde. Contém 13 itens agrupados em cinco subescalas: “Ataques de Pânico”, incluindo frequência, duração e gravidade (pontuação máxima: 12); “Agorafobia”, que inclui frequência dos comportamentos de esquiva, número de locais evitados e sua relevância (pontuação máxima: 12); “Ansiedade Antecipatória”, frequência e gravidade (pontuação máxima: 8); “Incapacidade familiar, social e ocupacional” (pontuação máxima: 12); “Preocupação com a Saúde”, que inclui o medo de dano físico oriundo de um Ataque de Pânico (pontuação máxima: 8).

Cada subescala pode ser avaliada separadamente e o tempo médio total estimado de aplicação é de 10 minutos. Os itens são graduados numa escala tipo Likert de quatro pontos e a pontuação total varia de 0 a 52, indicando a gravidade global do Transtorno de Pânico e Agorafobia.

Procedimento

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).

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, bem como da evolução do próprio paciente. (Brás, 2010).

Se necessário, no final do tratamento intensivo, será realizada uma avaliação do estado psicológico e emocional do paciente por um médico especialista parceiro da Clínica da Mente, que o acompanhará no processo de retirada da medicação (Brás, 2010).

É importante 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).

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).

Análise de dados

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

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 (X²), para uma probabilidade de erro tipo I (α) de 0,05. Na verificação da existência de diferenças estatisticamente significativas entre uma variável

PSICOTERAPIA HBM NA PERTURBAÇÃO DE PÂNICO

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 Levène para igualdade de variâncias (Howell, 2006).

Num segundo momento, foram analisadas as características psicométricas do BAI: 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. Posteriormente, analisou-se a sua estrutura fatorial a partir do estudo dos componentes principais retidos, tendo em conta a rotação de Varimax e os critérios de Kaiser para a seleção dos fatores.

Por fim, para se proceder à análise inferencial de uma mesma variável numérica, foram calculados teste t de Student para amostras emparelhadas, para 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).

RESULTADOS

Para dar resposta à principal questão em análise neste estudo, “Qual o impacto do modelo de intervenção HBM no tratamento dos Ataques de Pânico?”, 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 associada aos Ataques de Pânico. Para tal, procedeu-se em primeiro lugar à descrição dos resultados em cada um dos instrumentos em estudo, nomeadamente o BAI, o EPA e o EDA nas suas dimensões constituintes.

Inventário de ansiedade de Beck (BAI)

Verificou-se então que, no momento inicial (antes da intervenção psicoterapêutica), a média do índice de Ansiedade no BAI era de 33,46, correspondendo ao valor médio da categoria de “Ansiedade severa”.

No final da intervenção psicoterapêutica com recurso ao modelo HBM, a média deste mesmo índice diminuiu para 8,25, correspondendo à categoria “Sem Ansiedade” (quadro 2).

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 (cf. quadro 2).

Assim, 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).

Quadro 2.

Valores de ansiedade no BAI antes e após a Intervenção HBM

Categorias	Teste								T-Teste (amostras emparelhadas)
	Pré-teste				Pós-teste				
	f	%	Médi a	DP	f	%	Médi a	DP	
Sem ansiedade	3	2.9	6.0 16.3	1.00	78	74.3	4.97 14.3	2.87	t (104) = 19,955, p < 0.032
Ansiedade leve	12	11.4	3	2.37	18	17.4	3	2.35	
Ansiedade moderada	26	24.8	4	3.42	7	6.6	4	1.34	
Ansiedade severa	64	60.9	8	7.89	2	1.7	32.5	0.71	
			33,4	12,5				6,77	
Total	105	100	6	4	105	100	8,25	4	

Assim, olhando aos resultados no BAI, verificou-se que, antes da intervenção psicoterapêutica, 60,9% da amostra apresentava índices de “Ansiedade severa” (média=41,58; D.P.=7,89).

Após a intervenção psicoterapêutica com recurso ao modelo HBM, 74,3% da amostra (n=78) apresentava-se “Sem Ansiedade” (média=4,97; D.P.=2,87) e 17,4% apresentava índices de “Ansiedade leve” (média=14,3; D.P.=2,35).

Follow-up Inventário Ansiedade de Beck (BAI)

Com o intuito de verificar a manutenção dos benefícios adquiridos na intervenção psicoterapêutica com recurso ao modelo HBM, procedeu-se à avaliação dos sujeitos da amostra 12 meses após a intervenção (follow-up) (quadro 3).

Quadro 3.

Valores de ansiedade no BAI após a Intervenção HBM e após 1 ano (follow-up)

Categorias	Teste								T-Teste (amostras emparelhadas)
	Pós-teste				Follow-up				
	f	%	Médi a	DP	f	%	Médi a	DP	
Sem ansiedade	78	74.3	4.97 14.3	2.87	42	57.5	5.11	3.991	t(72)= 9.164, p < 0.039
Ansiedade leve	18	17.4	3	2.35	16	21.9	14.0	4.359	
Ansiedade moderada	7	6.6	4	1.34	10	13.4	24.3	2.830	
Ansiedade severa	2	1.7	32.5	0.71	5	6.8	38.6	6.426	
				6,77				11.7	
Total	105	100	8,25	4	73	100	4	10.946	

Verificou-se então que, no final da intervenção terapêutica, a média do índice de ansiedade no BAI era de 8,25, correspondendo ao valor médio da categoria “Sem Ansiedade”. Um ano depois do término da intervenção terapêutica, a média deste mesmo índice era de 11,74, encontrando-se no limite inferior de “Ansiedade leve”.

Com o intuito de aprofundar a análise das diferenças anteriormente referidas ao nível da ansiedade, ou seja, uma diferença estatisticamente significativa entre o pós-teste e o follow-up a um

PSICOTERAPIA HBM NA PERTURBAÇÃO DE PÂNICO

ano da amostra, procedeu-se à análise da evolução do nível de sintomatologia da amostra nos pós-teste e follow-up, categorizando as suas respostas.

Assim, olhando aos resultados no BAI, verificou-se que, após a intervenção psicoterapêutica com recurso ao modelo HBM, 91,7% da amostra (n=96) apresentava-se “Sem Ansiedade” ou com “Ansiedade leve”.

Nos resultados aferidos um ano após o término da intervenção psicoterapêutica com recurso ao modelo HBM (follow-up), 79,4% da amostra (n=58) apresentava-se também “Sem Ansiedade” ou com “Ansiedade leve”.

Entenda-se que a Ansiedade é uma reação positiva e natural que o organismo põe em funcionamento para se defender face a uma ameaça, ou enfrentar uma situação difícil, logo, a ligeira variação dos níveis médios de Ansiedade do pós-teste (8,25) em relação ao follow-up (11,74) é perfeitamente normativa e evolutiva tendo em conta o hiato temporal sem qualquer tipo de intervenção.

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» (p.23).

Escala de pânico e agorafobia (Bandelow, 1994) (EPA)

Verificou-se então que, no momento inicial (antes da intervenção psicoterapêutica), o valor médio da escala de Pânico e agorafobia era de 27,514, correspondendo a uma intensidade acentuada.

No final da intervenção psicoterapêutica com recurso ao Modelo HBM, a média deste mesmo índice diminuiu para 6,038, correspondendo a ausência de Ataques de Pânico.

Para dar visibilidade às diferenças anteriormente referidas na intensidade de Ataques de Pânico, 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 (quadro 4).

Assim, no EPA, a intensidade de Ataques de Pânico foi definida em “ausência de A.P.” (cotação até 12 pontos na escala), “A.P. leve” (cotação entre 13 e 25 pontos), “A.P. moderado” (cotação entre 26 e 38 pontos) e “A.P. acentuado” (cotação entre 29 e 52 pontos na escala).

Quadro 4.

Valores da intensidade da EPA antes e após a Intervenção HBM

Categorias	Teste								<i>T-Teste</i> (amostras emparelhadas)
	Pré-teste				Pós-teste				
	f	%	Média	DP	f	%	Médi a	DP	
Ausência A.P. (0-12)	1	0.9	9.0	0.0	86	81. 9	3.56	3.47	
A.P. leve (13-25)	44	41.	20.02	3.9	18	17.	8	2.99	
A.P moderado (26-38)	51	48. 6	31.84	3.43	1	26.0	0	0.00	
A.P. acentuado (29-52)	9	8.6	41.67	2.58	0	0	0.00	0.00	
Total	105	100	27,514	8	105	6,03 8	6,35	4	t (104) = 26,067, p < 0.001

Assim, olhando aos resultados na EPA, verificou-se que, antes da intervenção psicoterapêutica, 48,6% da amostra apresentava Ataques de Pânico com uma intensidade “moderado” (média=31,84; D.P.=3,43).

Após a intervenção psicoterapêutica com recurso ao Modelo HBM, 81,9% da amostra (n=86) apresentava-se sem Ataques de Pânico (média=3,56; D.P.=3,47).

Follow-up Escala de Pânico e Agorafobia (EPA)

Verificou-se então que, no final da intervenção terapêutica, o valor médio da escala de Pânico e Agorafobia era de 6,038, correspondendo a “ausência de Ataques de Pânico”. Um ano depois do término da intervenção terapêutica, a média deste mesmo índice era de 14,0, encontrando-se no limite inferior de “A.P. leve”.

Com o intuito de aprofundar a análise das diferenças anteriormente referidas na intensidade de Pânico, ou seja, uma diferença estatisticamente significativa entre o pós-teste e o follow-up a um ano da amostra, procedeu-se à análise da evolução do nível de sintomatologia da amostra nos pós-teste e follow-up, categorizando as suas respostas (quadro 5).

Quadro 5.

Valores da intensidade da EPA após a Intervenção HBM e após 1 ano (follow-up)

Categorias	Teste								<i>T-Teste</i> (amostras emparelhadas)
	Pós-teste				Follow-up				
	f	%	Média	DP	F	%	Médi a	DP	
Ausência A.P. (0-12)	86	81.	3.56	3.47	34	46. 6	6.26	4.34	
A.P. leve (13-25)	18	17.	16.78	2.99	31	42.	17.9	3.07	
A.P moderado (26-38)	1	0.9	26.00	0.00	8	10.	5	3.33	
A.P. acentuado (29-52)	0	0	0.00	0.00	0	0	0.00	0.00	
Total	105	100	6.038	4	73	14.0 0	9.207		t(72)= 13.010, p < 0.001

PSICOTERAPIA HBM NA PERTURBAÇÃO DE PÂNICO

Assim, olhando aos resultados na EPA, verificou-se que, após a intervenção psicoterapêutica com recurso ao Modelo HBM, 99,1% da amostra (n=104) apresentava-se com “ausência total de Ataques de Pânico” ou com “A.P. leve”.

Nos resultados aferidos um ano após o término da intervenção psicoterapêutica com recurso ao Modelo HBM (follow-up), 89,1% da amostra (n=65) apresentava-se com “ausência total de Ataques de Pânico” ou com “A.P. leve”.

Sendo o Ataque de Pânico uma Perturbação de Ansiedade e, por sua vez, sendo a Ansiedade uma reação normal do organismo, a ligeira variação da intensidade média dos Ataques de Pânico no pós-teste (6,038) em relação ao follow-up (14,0) é perfeitamente normativa e evolutiva tendo em conta o hiato temporal sem qualquer tipo de intervenção, revelando-se resultados extremamente positivos e promissores para a construção de um novo paradigma de saúde mental, enfatizando a relevância da abordagem HBM no tratamento do flagelo do Transtorno de Pânico.

Quadro 6.

Distribuição do número de sessões de tratamento HBM na amostra

<i>Nº de sessões de tratamento</i>	f	%
entre 5 e 10 sessões	95	90.5
> 10 sessões	10	9.5

Em relação ao número médio de sessões necessárias a esta redução da intensidade dos Ataques de Pânico (quadro 6), verificou-se que, para 90,5% da amostra, foram necessárias entre cinco e dez sessões de intervenção terapêutica HBM (M=7,45; D.P.=1,58).

DISCUSSÃO

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 do Transtorno do Pânico?”, 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 Ataques de Pânico, tendo sido avaliada uma amostra de conveniência de 105 sujeitos, oriundos de diversos distritos do país, dos quais 60,9% eram do sexo feminino (n=64) e 39,1% do sexo masculino (n=41), com idades compreendidas entre os 14 e os 60 (M=33,53; D.P.=10,65). Esta distribuição está de acordo com os dados epidemiológicos.

Foi possível apurar que, relativamente à duração do transtorno de Pânico, 30,5% dos sujeitos sofria Ataques de Pânico há mais de 10 anos, e apenas 19,1% apresentava esta Perturbação há menos de 1 ano. No que se refere à periodicidade dos Ataques de Pânico, podemos verificar que em 56,1% da amostra a frequência é diária ou semanal, para 31,5% da amostra a frequência é quinzenal ou mensal, e apenas anual em 12,4% dos sujeitos.

Podemos assim verificar que a larga maioria da amostra vivia um sofrimento prolongado devido ao Transtorno do Pânico e, sendo assim, vários haviam já procurado outros tipos de tratamento. O recurso a outros tratamentos é registado em 83,4% da amostra.

Especificamente, é referido o consumo de medicação (66,7%; n=70), a frequência de sessões de psicologia e/ou psicoterapia (24,8%; n=26) e com menor expressão, as medicinas alternativas (8,5%; n=9).

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

Para 90,5% da amostra, foram necessárias entre cinco a dez sessões de intervenção terapêutica HBM para ultrapassar o estado de Ansiedade e de ocorrência de Ataques de Pânico 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, sem recurso a medicação, psicoterapias de longo curso ou medicinas alternativas.

O Transtorno do Pânico é uma Perturbação de Ansiedade acompanhada de alterações cognitivas e comportamentais, que podem ser mais ou menos incapacitantes, e que se caracteriza na sua essência pela presença de crises de ansiedade graves e intensas.

Verificou-se então que, no momento inicial (antes da intervenção psicoterapêutica), a média do índice de ansiedade no BAI era de 33,46, correspondendo ao valor médio da categoria de “Ansiedade severa”.

No final da intervenção psicoterapêutica com recurso ao modelo HBM, a média deste mesmo índice diminuiu para 8,25, correspondendo à categoria “Sem Ansiedade”.

Assim, verificou-se que, no pré-teste, 60,9% da amostra apresentava índices de “Ansiedade severa” e, após a intervenção psicoterapêutica com recurso ao modelo HBM, 74,3% da amostra apresentava-se “Sem Ansiedade”. Existe uma diferença estatisticamente significativa ($t(104) = 19,955$, $p < 0.032$), entre a média do grau de ansiedade 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 ansiogénica associada a Ataques de Pânico em 74,3% da amostra.

Nos resultados aferidos no BAI um ano após o término da intervenção psicoterapêutica com recurso ao Modelo HBM (follow-up), 79,4% da amostra (n=58) apresentava-se também “Sem Ansiedade” ou com “Ansiedade leve”.

Entenda-se que a Ansiedade é uma reação positiva e natural que o organismo põe em funcionamento para se defender face a uma ameaça, ou enfrentar uma situação difícil, logo, a ligeira variação dos níveis médios de ansiedade do pós-teste (8,25) em relação ao follow-up (11,74) é perfeitamente normativa e evolutiva tendo em conta o hiato temporal sem qualquer tipo de intervenção. Com recurso ao EPA foi possível avaliar a gravidade/intensidade dos Ataques de Pânico. Assim, verificou-se que, no momento inicial (antes da intervenção psicoterapêutica), o valor médio da escala de Pânico e Agorafobia era de 27,514, correspondendo a uma intensidade acentuada de Ataques de Pânico. No final da intervenção psicoterapêutica com recurso ao Modelo HBM, a média deste mesmo índice diminuiu para 6,038, correspondendo à categoria de “ausência de Ataques de Pânico”.

Desta forma, verificou-se que, no pré-teste, 57,2% da amostra apresentava uma intensidade “moderada” ou “acentuada” de Ataques de Pânico e que, após a intervenção psicoterapêutica com recurso ao Modelo HBM, 17,2% da amostra diminuiu a intensidade e gravidade de Ataques de Pânico para “leve” e 81,9% da amostra total de pacientes se apresentava com “ausência total de Ataques de Pânico”.

Existe uma diferença estatisticamente significativa ($t(104) = 26,067$, $p < 0,001$), entre a média do grau de intensidade de Ataques de Pânico 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

PSICOTERAPIA HBM NA PERTURBAÇÃO DE PÂNICO

diminuição da intensidade e gravidade dos Ataques de Pânico dos pacientes, verificando-se a total remissão de Ataques de Pânico em 81,9% da amostra.

Neste estudo foi também possível aferir a relação causal entre a utilização do Modelo de Intervenção HBM e a diminuição expressiva da intensidade e frequência dos Ataques de Pânico de 99,1% da amostra, considerando globalmente estes resultados obtidos no EPA.

Nos resultados aferidos na EPA um ano após o término da intervenção psicoterapêutica com recurso ao Modelo HBM (follow-up), 89,1% da amostra (n=65) apresentava-se com “ausência total de Ataques de Pânico” ou com “A.P. leve”.

Sendo o Ataque de Pânico uma Perturbação de Ansiedade e, por sua vez, sendo a Ansiedade uma reação normal do organismo, a ligeira variação da intensidade média dos Ataques de Pânico no pós-teste (6,038) em relação ao follow-up (14,0) é perfeitamente normativa e evolutiva tendo em conta o hiato temporal sem qualquer tipo de intervenção (preventiva ou de reforço), revelando-se resultados extremamente positivos e promissores para a construção de um novo paradigma de saúde mental, enfatizando a relevância da abordagem HBM no tratamento do flagelo do transtorno de Pânico.

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 Transtorno de Pânico. A presente investigação contribuiu para uma base de conhecimento teórico e prático da saúde mental. Portanto, a abordagem HBM no tratamento do Transtorno de Pânico 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.

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 ampla.

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, será possível uma maior generalização dos resultados obtidos e assertividade 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.

REFERÊNCIAS

- Abrão, B. S. (2004). *Síndrome do Pânico*. São Paulo: Editora Nova Cultura.
- Annicchino A. (2007). Ansiedade de separação em adultos com transtorno de Pânico: um tratamento cognitivo-comportamental. *Estudos de Psicologia. Campinas*, 24, (1), 3339.

- Baker, R. (2007). *Ataques de Pânico e medo: mitos, verdades e tratamentos*. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes.
- Bandelow, B. (1995). Assessing the efficacy of treatment for panic disorder and agoraphobia. II. *The Panic and Agoraphobia Scale*. *International Clinical Psychopharmacology*, 10(2), 7381.
- 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, A. e Clark, D. (2012). *Terapia cognitiva para os transtornos de ansiedade: ciência e prática*. Porto Alegre, Artmed.
- Beck, A. & Steer, R. A. (1993). *Manual for the Beck Anxiety Inventory*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Brás, P. (2010). *Manual HBM*. Documento não publicado. London: Master HBM Research.
- Brás, P. (2016). *Ataques de Pânico*. Acedido em março de 2018 de: www.clinicadamente.com/tratamentos/ataques-de-panico/
- Caldas de Almeida, J., & Xavier, M. (2013). Estudo Epidemiológico Nacional de Saúde Mental (1 ed.). Lisboa: Faculdade de Ciências Médicas, da Universidade Nova de Lisboa.
- Cordeiro, J., C. (2005). *Manual de Psiquiatria Clínica*. Fundação Calouste Gulbenkian.
- Direção-Geral da Saúde (2014). *Portugal: Saúde Mental em Números 2014*. Lisboa.
- Dozier, M., Stovall, K. & Albus, K. (1999). Attachment and psychopathology in adulthood. In Gouveia, Carvalho & Fonseca (2004). *Pânico: da compreensão ao tratamento*. (Ed. 0). Lisboa: Climepsi.
- Hetem, L. e Graeff, F. (2004). *Transtornos de Ansiedade*. São Paulo: ED. Atheneu.
- Holmes, D. (2001). *Psicologia dos Transtornos Mentais*. (2 ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Kapczinski, F.; Margis, R. (2003). Transtorno de Ansiedade Generalizada. In: KNAPP, P. (org.). *Terapia cognitivo-comportamental na prática psiquiátrica*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Kaplan, I. H., Sadock, J. B., Grebb, J. A. (1997). *Compêndio de Psiquiatria*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- King, A, Valença, M., De-Melo-Neto, V., Freire, R., Mezzasalma, M, Nardi, A. (2011). Efficacy of specific model of cognitive-behavioral therapy in panic disorder patients with agoraphobia. A randomized clinical trial. *São Paulo medical journal*, 129, 325-334.
- Leal, M. (2010). *Transtorno do Pânico: uma visão Epidemiológica*. Artmed.
- Locatelli, A. (2010). *Síndrome de Pânico: revendo conceitos, diagnóstico e tratamentos*. Universidade do extremo sul catarinense - unesc curso de pós-graduação especialização em saúde mental. Criciúma. Santa Catarina. Brasil.
- MAROT, R. (2004). Transtorno do Pânico. Disponível em: <http://www.psicosite.com.br/tra/ans/panico.htm>.
- Milrod, B., Busch, F., Cooper, A. & Shapirro, T. (1997). *Manual of panic-focused psychodynamic psychotherapy*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Mufson, Dorta, Olfson, Weissman & Hoagwood, (2004). A randomized effectiveness trial of interpersonal psychotherapy for depressed adolescents. *Archives Of General Psychiatry*, 61(6), 577-84.
- Muotri, R. (2007). Exercícios Aeróbicos como Terapia de Exposição a Estímulos no Tratamento do Pânico. *Revista Brasileira de Medicina de Esportes*, 13(5), 327-330.
- OMS (Organização Mundial de Saúde). (2004). *World Mental Health Survey Initiative*. WHO World Mental Health Surveys Consortium. Disponível em: <http://www.hcp.med.harvard.edu/wmh/>

PSICOTERAPIA HBM NA PERTURBAÇÃO DE PÂNICO

- Pezzato, F., A., Brandão, A., S., Oshiro, C., K., B., (2012). *Intervenção baseada na psicoterapia analítica funcional em um caso de Perturbação de Pânico com agorafobia. Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva, 14*, 1517-1545.
- Quintão, S., Delgado, A. & Prieto, G. (2013). Validity Study of the Beck Anxiety Inventory by the Rasch Rating Scale Model. *Psicologia: Reflexão e Crítica, 2*, 231-236.
- Stahl, S. (2002). Tratamentos Farmacológicos dos Transtornos Obsessivo-Compulsivo, de Pânico e Fóbicos. In: ---. *Psicofarmacologia: Base Neurocientífica e Aplicações Práticas. (2.ed.)* Rio de Janeiro: Editora Médica e Científica.
- 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.