

# Impacto do Modelo Psicoterapêutico HBM no Transtorno de Pânico

Núcleo de Investigação HBM - Clínica da Mente

Catarina Certal, Carla Oliveira

Supervisão:

Pedro Brás

**CLÍNICA DA MENTE** 

setembro 2017

#### **RESUMO**

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 carateriza na sua essência pela presença de crises de Ansiedade graves e intensas (Gouveia, Carvalho & Fonseca, 2004).

A incidência do Transtorno do Pânico na população mundial é de 2% a 5% (Leal, 2010). Encontra-se entre as doenças mentais mais frequentes na população mundial (Perturbação de Ansiedade e Perturbação Depressiva), 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 e pós-teste, com o intuito de avaliar o impacto da intervenção HBM no tratamento dos Ataques de Pânico, respondendo ao problema de investigação: "Qual o grau de eficácia e eficiência do Modelo de intervenção psicoterapêutico HBM no tratamento do Transtorno do Pânico?".

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, com ligeira predominância do sexo feminino (60,9%) e com idades compreendidas entre os 14 e os 60 anos (M=33,53; D.P.= 10,65). Foi apurado que, relativamente à duração do Transtorno do Pânico, 30,5% dos participantes 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, verificou-se que, em 56,1% da amostra, a frequência era diária ou semanal. 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 prévios foi registado em 83,4% da amostra, sendo que 66,7% dos sujeitos estavam medicados.

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.

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 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 "Ansiedadeleve".

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.

No que concerne à intensidade/gravidade dos Ataques de Pânico verificou-se que, no préteste, 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 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 os resultados obtidos.

Nos resultados aferidos na Escala de Pânico e Agorafobia (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, 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.

#### **ABSTRACT**

Panic Disorder is an Anxiety Disorder accompanied by cognitive and behavioural alterations that can be debilitating, and is characterized mainly by the presence of severe and intense anxiety crises (Gouveia, Carvalho & Fonseca, 2004).

The incidence of Panic Disorder in the world population is of 2% to 5% (Leal, 2010). It is among the most frequent mental illnesses in the global population (Anxiety Disorder and Depressive Disorder), thus demonstrating, ever more, its severity and, as such, the importance of early and intense treatment to prevent its chronicity (Hallstrom and Mcclure, 2000).

This study uses quantitative investigation methods with pre and post-test, with the purpose of evaluating the impact of HBM intervention in the treatment of Panic Attacks, thus responding to the investigation question: "Which is the degree of effectiveness and efficiency of the HBM psychotherapeutic intervention Model in the treatment of Panic Disorder?".

The target group was constituted by 105 subjects, adults, male and female with diagnostic of Panic Disorder, from several districts of the country (Portugal). 60,9% female (n=64), 39,1% male (n=41), aged between 14 and 60 years (M=33,53; D.P.=10,65). Regarding the duration of the Panic Disorder, it was found that 30,5% of the participants suffered from Panic Attacks for more than 10 years and only 19,1% had this disorder for less than 1 year. 56,1% of the subjects had daily or weekly Panic Attacks. Most of the subjects had suffered for a prolonged amount of time with the Panic Disorder and, as such, several had already sought other types of treatment. 83,4% of the subjects had previously tried other forms of treatment and 66,7% where still medicated.

90,5% of the subjects required 5 to 10 sessions of HBM therapeutic intervention to overcome their state of Anxiety and occurrence of Panic Attacks. The average number of sessions was 7. This conclusion represents a fundamental shift in mental health treatment, demonstrating that, with HBM techniques, in just a few weeks, it is possible to return to a state of daily well-being and functionality, without resource to medication, long term therapies or alternative medicine.

There is a statistically significant difference (t (104) = 19,955, p < 0,032) between the pretest and post-test average Anxiety level, thus concluding that the HBM therapeutic intervention had a significant impact on the diminishing of the patients' level of Anxiety, with a total symptomatic regression in 74,3% of the subjects.

In the results measured one year after the end of the HBM psychotherapeutic intervention (follow-up), 79,4% of the subjects (n=58) where "without Anxiety" or with "light Anxiety".

Anxiety is a natural and positive reaction of the human organism to respond to a threat or difficult situation, thus the slight variation of the average levels of pre-test and post-test (8,25) in relation to the follow-up (11,74) is normative and evolutive when accounting for the temporal hiatus without any form of intervention.

Concerning the intensity/severity of the Panic Attacks, in the pre-test, 57,2% of the subjects presented a "moderate" or "accentuated" intensity of Panic Attacks. After the HBM psychotherapeutic intervention, 17,2% of the subjects reduced the intensity and severity of the Panic Attacks to "light" and 81,9% of the subjects presented "total absence of Panic Attacks".

There is a statistically significant difference (t (104) = 26,067, p < 0,001) between the average of the degree of intensity of the Panic Attacks in the pre-test and post-test, thus concluding that the HBM psychotherapeutic intervention had a significant impact on the diminishing of patients' intensity and severity of Panic Attacks. There was a total remission of Panic Attacks in 81,9% of the subjects.

In this study, it was also possible to determine the causal relation between the use of the HBM psychotherapeutic Model and the diminishing of intensity and frequency of Panic Attacks in 99,1% of the subjects, when accounting for the global results obtained.

In the results of the follow-up one year after the HBM psychotherapeutic intervention, 89,1% of the subjects (n=65) presented "total absence of Panic Attacks" or "light Panic Attacks".

Being the Panic Attacks an Anxiety Disorder, and being the Anxiety Disorder a normal reaction of the human organism, the slight variation of average intensity of Panic Attacks in the post-test (6,038) in relation to the follow-up (14,0) is perfectly normal and evolutive when accounting for the temporal hiatus without any form of intervention. These results are extremely positive and promising for the construction of a new mental health paradigm, emphasizing the importance of the HBM approach in the treatment of Panic Disorder.

# ÍNDICE

1.	Introdução	1
2.	Transtorno de Pânico	2
2.1.	Definição	2
2.2.	Causas do Transtomo do Pânico	4
2.3.	Sintomas do Transtorno do Pânico	5
3.	Correntes teóricas do Transtorno do Pânico e principais modelos de intervenção	9
3.1.	Correntes bioquímicas do Transtorno do Pânico e Modelo de Intervei	nção
Psic	cofarmacológica	9
3.2.	Correntes psicossociais do Transtorno do Pânico e Modelo de Intervenção Cogni	tivo-
Com	nportamental	10
3.3.	Corrente psicoterapêutica HBM do Transtorno do Pânico e Modelo de Interve	nção
Hun	man Behaviour Map (HBM)	12
4.	Epidemiologia	15
5.	Metodologia e apresentação dos resultados	18
5.1.	Desenho Global de Investigação	18
5.1.2	1. Instrumentos	18
5.1.2	2. População e Critérios de Seleção da Amostra	19
5.1.3	3. Procedimentos	21
5.2.	Metodologia Estatística dos Dados	22
6.	Resultados	24
6.1.	INVENTÁRIO DE ANSIEDADE DE BECK (BAI)	24
6.1.2	1. Follow-up Inventário Ansiedade de Beck (BAI)	26
6.2.	ESCALA DE PÂNICO E AGORAFOBIA (Bandelow, 1994) (EPA)	28
6.2.2	1. Follow-up Escala de Pânico e Agorafobia (EPA)	30
7.	conclusões	32
8.	Implicações dos resultados da investigação e sugestões para futuras investigações	35
9	Referências Bibliográficas	. 36

# ÍNDICE REMISSIVO DE TABELAS E GRÁFICOS

#### **TABELAS**

Tabela 1: Comparação da prevalência das perturbações psiquiátricas nos adultos, em Portugal,
alguns países da Europa e nos EUA (2013) (DGS, 2014)16
Tabela 2: Caracterização sociodemográfica da amostra
Tabela 3: Caracterização dos dados complementares da amostra (n=105)21
Tabela 4: Estatística descritiva do BAI
Tabela 5: Valores de ansiedade no BAI antes e após a Intervenção HBM25
Tabela 6: Valores de ansiedade no BAI após a Intervenção HBM e após 1 ano (follow-up)26
Tabela 7: Estatística descritiva do EPA  28
Tabela 8: Valores da intensidade da EPA antes e após a Intervenção HBM
<b>Tabela 9:</b> Valores da intensidade da EPA após a Intervenção HBM e após 1 ano (follow-up)30
Tabela 10: Distribuição do número de sessões de tratamento HBM na amostra31
Gráficos
<b>Gráfico 1:</b> Prevalência anual das perturbações psiquiátricas, Portugal (Estudo Epidemiológico
Nacional de Saúde Mental, 2013)
<b>Gráfico 2:</b> Diagrama de caixa para as pontuações do BAI no pré e pós-teste25
<b>Gráfico 3:</b> Diagrama de dispersão para as pontuações do BAI no pré e pós-teste26
<b>Gráfico 4:</b> Diagrama de caixa para as cotações do EPA no pré e pós-teste29
<b>Gráfico 5:</b> Diagrama de dispersão para as pontuações do BAI no pré e pós-teste

### 1. Introdução

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 intervenção psicoterapêutica HBM nos Ataques de Pânico.

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 Transtorno do Pânico, oriundos de diversos distritos do país.

Neste âmbito, a primeira parte deste trabalho pretende contextualizar o Transtorno do Pânico com a sua definição, causas e sintomas; segue-se a explanação das principais correntes teóricas do Transtorno do Pânico, nomeadamente a corrente bioquímica, a corrente psicossocial e a corrente psicoterapêutica HBM; são elencados os principais modelos de intervenção psicoterapêutica no Transtorno do Pânico de entre os quais o modelo de intervenção psicofarmacológica, o modelo de intervenção cognitivo-comportamental e o modelo de intervenção Human Behaviour Map (HBM); por último, é analisada a epidemiologia do Transtorno do Pânico.

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, critérios de seleção das amostras e metodologia estatística dos dados; segue-se a apresentação dos resultados e principais conclusões, especificamente com a caracterização da população-alvo, a análise da eficácia e eficiência do modelo de intervenção HBM; por fim, são descritas as implicações dos resultados da investigação e sugestões para futuras investigações.

#### 2. Transtorno de Pânico

### 2.1. Definição

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 carateriza 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.

Cordeiro (2005) considera que a Perturbação de Pânico se caracteriza 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.

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. Mas este mecanismo, que funciona de forma adequada nos animais, pode atingir níveis bastante altos nos seres humanos. A Ansiedade passou, por isso, a ser classificada e estudada como objeto de distúrbios

a partir do momento em que o homem deixou de utilizá-la como instrumento de sobrevivência e passou a atribuir significados altamente complexos às suas sensações (May, 1977).

De acordo com Kaplan, Sadock e Grebb, citados por Pezzato *et al.*, (2012), a Perturbação de Pânico caracteriza-se pela ocorrência espontânea e inesperada de Ataques de Pânico, com duração relativamente breve (de 10 a 30 minutos, geralmente menos de 1 hora) com intensa ansiedade ou medo e com sintomas somáticos como palpitações e taquicardia. A Perturbação de Pânico caracteriza-se então pela presença de Ataques de Ansiedade agudos, frequentes e recorrentes, seguidos de sintomas físicos e cognitivos, a partir de associações equivocadas, das sensações corporais a algo grave ou alguma doença (King *et al.*, 2011).

Para Locatelli (2010), 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.

Existe ainda a probabilidade de a Perturbação de Pânico passar a um quadro de agorafobia, no qual a pessoa evita determinadas situações ou lugares por temer o início de uma outra crise. Situações e locais típicos de agorafobia são: túneis, engarrafamentos, avião, grandes espaços abertos, centros comerciais, ficar sozinho, sair sozinho.

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 inidam 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).

É ainda recorrente verificar uma tendência para neutralizar a Ansiedade através de condutas que lhe proporcionem sensação de segurança: fumar, beber, comer, etc. Outros comportamentos que se verificam são: falar rápido, movimentos imprecisos, hiperatividade ou paralisação, risos nervosos e explosões emocionais. Em estados de desequilíbrio emocional, o simples contacto com o novo, com situações inesperadas e desconhecidas, é o suficiente para disparar estados ansiosos onde tudo o que vem da pessoa é seguro e tudo o que vem de fora e não está sob controlo é perigoso (Wood, Salguero, Cano-Vindel, Galea, 2013).

#### 2.2. 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, Maria Cristina Riesinger, 2002).

Beck (1997) explica que, devido a uma cognição distorcida, o indivíduo estabelece um padrão errado de comportamento e, a partir daí, tem dificuldade em identificar as sensações corporais como reações naturais provenientes do mecanismo fisiológico de adaptação. Os indivíduos com Perturbação de Pânico passam a ter medo das sensações corporais que o acompanham nos momentos de Pânico e tendem a desenvolver comportamentos defensivos, de forma a evitar experienciar essassensações, o que corresponde a uma restrição da vida social e a fugas agorafóbicas (Beck, 1997).

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.

Por sua vez, Sheehan (2000) considera que:

O Transtorno do Pânico implica a vivência inadequada de um elevado estado de excitação equivalente ao que o corpo produziria na preparação para enfrentar um perigo real ou fugir dele. Essa resposta hiper-reativa do sistema nervoso autônomo pode levar a pessoa a sentir sintomas físicos associados à reação de 'lutar ou fugir' em situações cotidianas completamente inofensivas. (p. 15).

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

#### 2.3. 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 perspetiva de Kapczinski (2003), os Ataques de Pânico são, então, períodos de intenso medo e ansiedade, acompanhados de sintomas psicossomáticos, com um iníci o 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/o u evitamento das situações temidas.

De acordo com Faravelli e Paioni (cit *in* Valença e Martins, 2013), podem ocorrer diversos tipos de Ataques de Pânico, sendo o mais comum o Ataque espontâneo de Pânico, ou seja, não está associado a nenhuma situação desencadeadora conhecida. Outro tipo é o situacional, que ocorre quando o indivíduo se depara ou expõe a certas situações (como, por exemplo, trânsito e multidões). Existem também os Ataques de Pânico noturnos, caracterizados por um despertar súbito, com presença de terror e hipervigilância. Cerca de 40% das pessoas com Perturbação de Pânico apresenta Ataques de Pânico durante o sono. Outro tipo é o Ataque de Pânico desencadeado por fatores emocionais (como, por exemplo, desentendimentos familiares ou ameaça de separação conjugal). Por último, existem os Ataques de Pânico com sintomas limitados, quando os pacientes apresentam três ou menos dos sintomas somato-psíquicos durante o Ataque de Ansiedade.

Klein e Gorman (cit in Valença e Martins, 2013) criaram um modelo fenomenológico trifásico para a análise dos sintomas na Perturbação de Pânico. A primeira característica desta Perturbação é o Ataque de Pânico, que é desencadeado por uma ansiedade súbita com sintomas autónomos crescentes e uma sensação de terror, com duração de dez a trinta minutos e posterior retorno ao funcionamento normal. A segunda característica seria a ansiedade antecipatória, uma fase em que o paciente desenvolve uma preocupação de que ocorra um Ataque de Pânico novamente, surgindo um estado crónico de Ansiedade. A ansiedade antecipatória ocorre no intervalo entre os Ataques de Pânico, tornando-se numa ansiedade constante e difusa. Esta forma de Ansiedade manifesta-se por um aumento da atenção sobre as sensações do corpo, apreensão e hiperatividade. A ansiedade antecipatória pod e ainda culminar frequentemente num comportamento de evitamento – fobia. Assim, a terceira e última característica dos sintomas da Perturbação seria o evitamento fóbico. Nesta fase, os indivíduos ficam tão amedrontados com a possibilidade de sofrerem outro Ataque de Pânico que evitam estar em lugares e/ou situações de onde seja difícil ou embaraçoso escapar ou obter ajuda, caso ocorra um Ataque de Pânico. Existem assim, critérios bem delineados para realizar o diagnóstico formal do Transtorno do Pânico.

O Modelo Psicoterapêutico HBM apresenta um sistema de classificação e diagnóstico do Transtorno do Pânico distinto, uma vez que não se concentra num conjunto de sintomas, mas sim no relato que o paciente faz acerca do seu estado emocional, no momento da avaliação (Brás, 2010). Os sintomas relatados pelo indivíduo são as sensações físicas resultantes do estado de Ansiedade. Um estado de Ansiedade é um estado próprio de quem temmedo e precisa reagir fisicamente a uma circunstância agressora, fugindo, agredindo ou dissimulando a presença.

Desta forma, o Modelo Psicoterapêutico HBM (Brás, 2010), para diagnosticar o Transtorno do Pânico, não enfatiza a importância do conjunto de sintomas, mas tenta, sim, compreender as queixas psicológicas e psicossomáticas do paciente. O principal indicador de que se está perante o Transtorno do Pânico é a perceção do terapeuta de que o paciente tem medo da sua própria Ansiedade.

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).

À luz da teoria HBM, um estado de Pânico é um fenómeno físico resultante do processo de Ansiedade. Fala-se em Pânico quando se sente um nível extremo de Ansiedade, definida por um fenómeno físico de reação à emoção Medo, provocado pela libertação de várias hormonas no sangue pelas glândulas supra-renais, nomeadamente adrenalina.

Segundo a abordagem HBM, Brás (2016) refere que os sintomas habituais na Perturbação de Pânico são:

- Dificuldade respiratória ou sensação de estar a sufocar;
- Vertigens, instabilidade ou desmaio;
- Palpitações ou ritmo cardíaco acelerado;
- Tremuras ligeiras ou acentuadas;
- Sudação;
- Falta de ar;
- Náuseas, dor de estômago ou diarreia;
- Sensação de irrealidade, estranheza ou separação do meio envolvente;
- Sensações de adormecimento ou de formigueiros;
- Ruborização ou calafrios;
- Dor ou incomodidade no peito;
- Medo de morrer;
- Medo de «tornar-se louco» ou de perder o controlo.

Este distúrbio mental erróneo provoca uma Ansiedade elevadíssima todas as vezes que se está perante experiências consideradas agressoras. As pessoas perturbadas com esta síndrome são levadas a pensar que têm fobias diversas quando, na verdade, o que sentemé um medo extremo de estar expostas a experiências potencialmente agressoras. Na verdade, as pessoas com o Distúrbio Cíclico da Ansiedade têm medo de sentir medo.

# 3. CORRENTES TEÓRICAS DO TRANSTORNO DO PÂNICO E PRINCIPAIS MODELOS DE INTERVENÇÃO

# 3.1. Correntes bioquímicas do Transtorno do Pânico e Modelo de Intervenção Psicofarmacológica

Relativamente aos fatores biológicos, Kaplan, Sadock e Grebb (1997) referem-se às alterações nos sistemas de neurotransmissores da noradrenalina, serotonina e ácido gama-aminobutírico (GABA) relacionados com os sistemas de alerta, reação e defesa do sistema nervoso central. Esta é a hipótese básica da biomedicina para explicar a origem das crises de Pânico: a ativação desequilibrada do sistema de alerta. Segundo os autores, os dados biológicos focam-se no tronco cerebral, no sistema límbico e no córtex pré-frontal.

Esta explicação é, mais tarde, suportada por Cordeiro (2005), que considera existirem várias substâncias que têm a capacidade de desencadear Ataques de Pânico na maioria dos indivíduos que sofrem desta "Perturbação" e num número reduzido de pessoas sem história de "doença". Estas substâncias afetam diretamente os recetores noradrenérgicos e serotoninérgicos, sendo que estes sistemas de neurotransmissores estão implícitos na génese dos Ataques de Pânico. Comprova-se ainda, numa manifestação aguda de Ansiedade sem causa aparente declarada, uma maior alteração de neurotransmissores produzidos pelas supra-renais e amígdala. (Almeida, 2010).

A biomedicina encontra na genética uma explicação etiológica, afirmando os autores que vários estudos descobriram um aumento de quatro a oito vezes do risco de Perturbação de Pânico entre os parentes em primeiro grau de pacientes com Perturbação de Pânico, em comparação com os parentes em primeiro grau de outros pacientes psiquiátricos. Os estudos com gémeos realizados até ao momento relatam que os gémeos monozigóticos estão mais propensos a serem concordantes para a Perturbação de Pânico do que os gémeos dizigóticos (Pereira, 2002).

Sabe-se ainda que a Ansiedade provoca uma maior ativação dos sistemas nervoso central vegetativo simpático (sudação excessiva) e endócrino, sendo que, se estas alterações forem

muito intensas, podem mesmo provocar o aparecimento de doenças psicossomáticas (Yaseen, Chartrand, Bolton, Galynker, 2013).

Assim, no que se refere aos métodos de intervenção, a linha biológica defende que os medicamentos são eficazes no controlo da Perturbação de Pânico. Devido ao carácter crónico da doença, o tratamento deve ser prolongado, no mínimo, por oito a dez meses após o desaparecimento dos sintomas. As benzodiazepinas de ação curta têm sido a primeira escolha nesses casos e, apesar de carecerem de evidências que suportem afirmações mais encorajadoras, esses psicofármacos são bastante utilizados na prática clínica.

A psiquiatria defende que as benzodiazepinas são úteis quando utilizadas em doses altas, uma vez que defendem a sua ação rápida, muitas vezes evidente nos primeiros dias de tratamento. Inconvenientes como risco de dependência e o potencial abuso estão presentesem pacientes com prescrição associada ao Pânico. É comum associá-las a um antidepressivo (nomeadamente aos inibidores seletivos da recaptação da serotonina – ISRS) na fase inicial do tratamento por terem uma intervenção terapêutica mais rápida. Entre as benzodiazepinas, o alprazolam tem sido a droga mais usada. Os antidepressivos tricíclicos, particularmente a imipramina e a clomipramina, são habitualmente também muito prescritos no controlo dos sintomas de Pânico (Cordeiro, 2005).

# 3.2. Correntes psicossociais do Transtorno do Pânico e Modelo de Intervenção Cognitivo-Comportamental

Quanto aos fatores psicossociais, encontram-se duas teorias explicativas para a origem da Perturbação de Pânico: a teoria cognitivo-comportamental e a teoria psicanalítica. Para as teorias comportamentais, a Ansiedade é uma resposta aprendida pela modelagem do comportamento parental ou pelo processo de condicionamento clássico. As mesmas explicam os Ataques de Pânico como uma interpretação errada de sensações físicas benignas que seriam vividas como um sinal de doença com consequências catastróficas (como, por exemplo, as palpitações seriam interpretadas como o início de um ataque cardíaco).

Já as teorias psicanalíticas classificam os Ataques de Pânico como resultantes de uma defesa malsucedida contra impulsos ansiogénicos e afirmam que há sempre um estímulo psicológico para o Ataque de Pânico (Kaplan, Sadock, Grebb (1997).

Sublinhamos ainda outros fatores, tais como as dificuldades pessoais de inserção na sociedade e os conflitos interiores no domínio afetivo, emocional e sexual que podem conduzir a uma sintomatologia ansiosa.

A dor e o abuso de certas substâncias (café, tabaco, álcool e drogas diversas) podem também desencadear episódios ansiosos. Deste modo, os Ataques de Pânico manifestam então um impacto a nível emocional e psicológico, uma vez que uma pessoa ansiosa acaba por se avaliar negativamente, sentindo-se incapaz de enfrentar a situação e imaginando todos os males que podem derivar da sua incapacidade (Boelen and Reijntjes, 2009, citado por Johnson, Berenz, Zvolensky, 2012).

Locatelli (2010) descreve a Perturbação de Pânico como 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.

De entre as terapias, a comportamental e a cognitiva são as mais utilizadas no tratamento de Perturbações de Pânico. Alguns autores consideram-nas tão eficazes como as terapêuticas farmacológicas (Cordeiro, 2005). Na mesma linha, Salum, Blaya, Manfro citados por Carvalho (2011) referem que o tratamento das Perturbações de Pânico passa por:

- Reforçar o caráter passageiro (cerca de 10-30 minutos) do Ataque;
- Instruir o paciente para que ele respire pelo nariz e não pela boca, enfatizando a importância de tentar controlar a frequência de inspirações no intuito de não hiperventilar. Na maioria das vezes, a tranquilização rápida e o caráter autolimitado dos sintomas são suficientes para terminar com a crise;
- Nos pacientes com sintomas predominantemente respiratórios que apresentam hiperventilação, o paciente é instruído a respirar com o diafragma e limitar o uso da musculatura intercostal. Deve-se estimulá-lo a respirar lentamente até que os sintomas de hiperventilação desapareçam;
- Algumas técnicas de relaxamento também podem ser utilizadas. Por exemplo, pode-se instruir o paciente a permanecer deitado, com os olhos fechados, respirando lenta e profundamente, tentando relaxar os diferentes grupos musculares e concentrando-se num cenário tranquilo.

Mediante problemas de ordem psicossocial, de autoestima, entre outros, o Modelo Psicodinâmico tem sido utilizado para o tratamento das Perturbações de Pânico (Carvalho, 2011). Mesmo quando os sintomas são controlados pela via farmacológica, é sempre necessária uma intervenção psicológica para superar o medo e gradualmente retomar as atividades que desempenhavam antes do aparecimento dos sintomas (Silva, Rosa, Paegle, Braunholz, Bolgar, 2004).

As abordagens psicodinâmicas têm sido, de um modo geral, consideradas pouco úteis no alívio sintomatológico na Perturbação de Pânico. Os estímulos "panicogénicos" são de múltiplas naturezas, como fisiológica (cafeína, lactose etc.), comportamental (lugares fechados, multidões), cognitiva (pensamentos de estar a ter um AVC) e psicológica (vergonha, raiva, sensação de perda de controle). Assim, haveria uma hipersensibilidade ou uma maior vulnerabilidade a vários tipos de estímulos, por influência de múltiplos fatores, inclusive genéticos e vivenciais. Tanto tratamentos de base farmacológica como cognitiva, comportamental ou psicodinâmica poderiam, por diferentes vias, agir para a diminuição dessa hipersensibilidade, desse sistema de alarme cerebral hiperativo. Observa-se que a terapia de facto ajuda na conexão significativa entre os factos vividos ou as fantasias e os episódios de Pânico. Considera-se também fundamental valorizar a subjetividade do indivíduo, não apenas a importância da história de vida descrita nos seus aspetos objetivos, mas aquela construída a partir de vivências subjetivas. A abordagem psicodinâmica melhoraria o sentido de apego inadequado e a intolerância à raiva, diminuindo a vulnerabilidade ao Pânico pela reorganização da personalidade. O sintoma funcionaria como um aliado, ajudando na descoberta da natureza do medo subjacente – estímulo (Torres., Lima, e Ramos-Cerqueira, 2001).

# 3.3. Corrente psicoterapêutica HBM do Transtorno do Pânico e Modelo de Intervenção *Human Behaviour Map* (HBM)

De acordo com a perspetiva HBM, um evento de Pânico é um fenómeno físico resultante do processo de Ansiedade. Falamos em Pânico quando se sente um nível extremo de Ansiedade. Nestes momentos de Ansiedade extrema, há uma libertação de hormonas neurotransmissoras em quantidades abundantes, preparando o organismo para grandes esforços físicos, através de estímulos ao coração, elevação da tensão arterial e do relaxamento de certos músculos e da contração de outros (Brás, 2015).

A Psicoterapia HBM trata a Perturbação de Pânico na sua origem, ajudando as pessoas que sofrem a afastarem-se das emoções de medo traumático resultante do primeiro evento de Pânico. Com esta abordagem, é possível detetar e dissociar as experiências traumáticas que causam a Perturbação, potenciando um estado de equilíbrio emocional.

Esta metodologia funciona como um guia da mente humana, através do qual o psicoterapeuta intervém para criar profundas alterações nos estados negativos em que as pessoas se encontram, ajudando a pessoa a atingir o equilíbrio psicológico e emocional desejado (Brás, 2010). A terapia HBM representa uma forma diferente e inovadora de entender a mente e um método distinto de intervenção.

De acordo com Brás (2010), o Modelo de Intervenção Psicoterapêutica 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 perturba. 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 ressignificação 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 ressignificação, 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, permitindo-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).

De acordo com Brás (2010), a terapia HBM é um modelo de psicoterapia baseado no Mapa do Comportamento Humano, que descreve os processos mentais conscientes e inconscientes, permitindo explicar o modo de pensamento e comportamento do ser humano.

A Psicoterapia HBM trata a Perturbação de Pânico na sua origem, ajudando as pessoas que sofrem a afastarem-se das emoções de medo traumático resultante do primeiro evento de Pânico. De forma totalmente natural, consegue detetar e dissociar as experiências e os traumas que causam a Perturbação, devolvendo a paz interior e a felicidade.

#### 4. 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 têmduas 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).

#### Assim,

Não parece haver uma variação na prevalência ao redor do mundo, mas isso não se pode afirmar ao certo em função das diferentes abordagens metodológicas dos diversos estudos. O Transtorno de Pânico é cerca de duas vezes mais comum em mulheres e, geralmente, inicia no final da adolescência ou no início da vida adulta, com média de aparecimento entre os 20 e 30 anos; raramente, há casos de aparecimento na infância. (SALUM et al., 2009, p. 87).

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%) (*cf.* Gráfico 1).

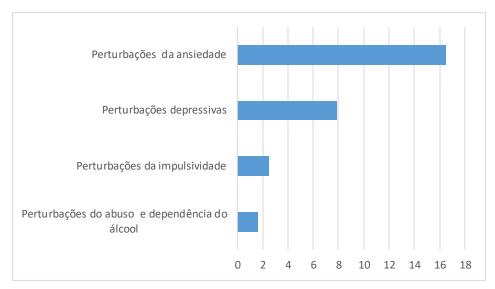


Gráfico 1: Prevalência anual das perturbações psiquiátricas, Portugal (Estudo Epidemiológico Nacional de Saúde Mental, 2013)

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 Tabela 1 (DGS, 2014), o grupo das perturbações da Ansiedade (onde se inclui o transtomo do Pânico) é o que possui prevalência mais elevada em Portugal (16,5%), bem como, quandoem 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 de pressivas	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	
Es pa nha	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, alguns 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 (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, encontramse 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).

# 5. METODOLOGIA E APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

#### 5.1. Desenho Global de Investigação

Este estudo utiliza métodos de investigação quantitativos com pré e pós-teste, pois ao ser desenhado para responder ao problema de investigação: "Qualo 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.

#### 5.1.1. Instrumentos

#### QUESTIONÁRIO DE DADOS SOCIO-DEMOGRÁFICOS | DADOS COMPLEMENTARES

Este questionário sociodemográfico, concebido especificamente para o estudo, destinase 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.

#### 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 105 sujeitos, adultos, de ambos os sexos, com diagnóstico de Perturbação de Pânico, oriundos de diversos distritos do país. Os participantes do presente estudo encontram-se globalmente caraterizados na tabela 2.

Variável	f	%
Sexo		
Homem	41	39,1
Mulher	64	60,9
Idade (máximo=60; mínimo=14;	mé dia=33,53; D	.P.= 10,65)
≤20	10	10,0
entre 21 e 30	36	34,0
entre 31 e 40	32	30,0
entre 41 e 50	19	18,0
entre 51 e 60	8	8,0
>60	0	0,0
Estado Civil		
Solteiro(a)	52	50,0
Casado(a)	45	43,0
União de facto	6	5,0
Viúvo(a)	0	0,0
Separado(a)	0	0,0
Divorciado(a)	2	2,0
Nº de Filhos		
nenhum	59	56,2
um	20	19,0
dois	20	19,0
três ou mais	6	5,8
Escolaridade		
1.º ciclo	1	1,0
2.º ciclo	4	3,9
3.º ciclo	9	8,6
En si no secundário	39	37,1
Li cenciatura/Mestrado	52	49,5
Doutoramento	0	0,0
Situação face ao emprego		
Empregado(a)	71	68,0
Estudante	20	19,0
Desempregado(a)	13	12,0
Reformado(a)	1	1,0

Tabela 2: Caracterização sociodemográfica da amostra

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%) (*cf.* tabela 2).

Há quantos anos sofria de Ataques de Pânico	f	%
< de 1 a n o	20	19,1
entre 1 a 3 a nos	23	21,9
entre 3 a 5 a nos	14	13,3
entre 5 a 10 anos	16	15,2
> de 10 anos	32	30,5
Periodicidade dos Ataques de Pânico		
Diária	28	26,6
Semanal	31	29,5
Quinzenal	3	2,9
Mensal	30	28,6
Anual	13	12,4
Recurso a outros tratamentos		
Sim	88	83,8
Não	17	16,2
Tipologia de tratamento*		
Me di cação / consultas de Psiquiatria	70	66,7
Psicoterapia	26	24,8
Me di cinas alternativas	9	8,5
Medicação/consultas de Psiquiatria Psi coterapia	26	24,8

Tabela 3: Caracterização dos dados complementares da amostra (n=105)

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 (*g*. tabela 3).

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 (8,5%; n=9) (cf. tabela 3).

#### 5.1.3. Procedimentos

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, delineia o plano terapêutico adequado. Este plano de

<sup>\*</sup> Os valores de fe % devem ser lidos de forma independente para cada categoria, porque alguns dos sujeitos recorreram a mais do que um tratamento em simultâneo.

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).

# 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 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 ( $\alpha$ ) 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 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).

#### 6. RESULTADOS

Para dar resposta à principal questão emanálise neste estudo, "Qualo 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 (cf. tabelas 4, 5 e 6).

# 6.1. INVENTÁRIO DE ANSIEDADE DE BECK (BAI)

Pré-te	ste	Pós-teste					
Estatística	Valor Pré-teste	Es ta tística	Valor Pós-teste				
No. de observações	105	No. de observações	105				
Mínimo	5,000	Mínimo	0,000				
Máximo	59,000	Máximo	33,000				
Mediana	34,000	Mediana	6,000				
Média	33,46	Média	8,250				
Desvio-padrão (n)	12,540	Desvio-padrão (n)	6,774				
Assimetria (Pearson)	0,467	As simetria (Pearson)	0,465				
Curtose (Pearson)	-0,572	Curtose (Pearson)	2,109				

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 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" (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 e pós-teste, categorizando as suas respostas (*cf.* tabela 5).

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).

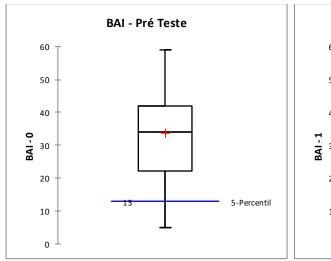
Teste									
	Pré-teste Pós-teste								- T-Teste
Categorias	f	%	Média	DP	f	%	Média	DP	(a mostras emparelhadas)
Sem ansiedade	3	2,9	6,0	1,00	78	74,3	4,97	2,87	
Ansiedade leve	12	11,4	16,33	2,37	18	17,4	14,33	2,35	
Ansiedade moderada	26	24,8	24,44	3,42	7	6,6	22,14	1,34	
Ansiedade severa	64	60,9	41,58	7,89	2	1,7	32,5	0,71	
Total	105	100	33,46	12,54	105	100	8,25	6,774	t (104) = 19,955, p < 0,032

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, 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).

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 ansiogénica presente na Perturbação de Pânico, de entre 70 a 90% da amostra, considerando globalmente estes resultados obtidos no BAI (*cf.* gráfico 2).



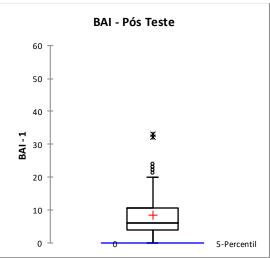
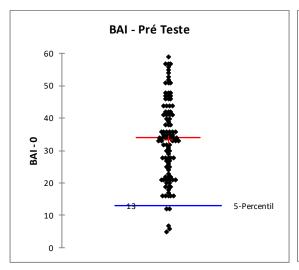


Gráfico 2: Diagrama de caixa para as pontuações do BAI no pré e pós-teste

Globalmente, o diagrama de dispersão dos resultados do BAI no pós-tratamento confirma esta descida expressiva após a intervenção com o modelo HBM (*cf.* Gráfico 3).



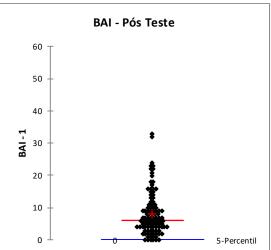


Gráfico 3: Diagrama de dispersão para as pontuações do BAI no pré e pós-teste

#### 6.1.1. 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).

Teste									
		Pá	s-teste		!	Fo	ollow-up		T-Teste
Categorias	f	%	Média	DP	f	%	Média	DP	(a mostras emparelhadas)
Sem ansiedade	78	74,3	4,97	2,87	42	57,5	5,11	3,991	
Ansiedade leve	18	17,4	14,33	2,35	16	21,9	14,0	4,359	
Ansiedade moderada	7	6,6	22,14	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	
Total	105	100	8,25	6,774	73	100	11,74	10,946	t(72)= 9,164, p < 0,039

Tabela 6: Valores de ansiedade no BAI após a Intervenção HBM e após 1 ano (follow-up)

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 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 (*cf.* tabela 6).

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 "Ansiedadeleve".

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».

### 6.2. ESCALA DE PÂNICO E AGORAFOBIA (Bandelow, 1994) (EPA)

	Pré-teste		Pós-teste
Estatística	Valor Pré-teste	Estatística	Va

Estatística	Valor Pré-teste	Estatistica	Valor Pós-teste		
No. de observações	105	No. de observações	105		
Mínimo	9,000	Mínimo	0,000		
Máximo	46,000	Má xi mo	26,000		
Mediana	28,000	Mediana	4,000		
Média	27,514	Média	6,038		
Des vio-padrão (n)	8,109	Desvio-padrão (n)	6,324		

Tabela 7: Estatística descritiva do 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 (cf. tabela 7).

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).

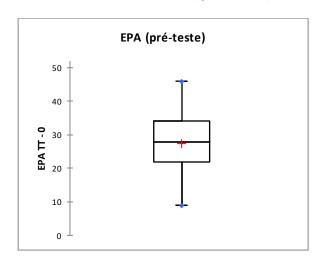
Teste									
	Pré-teste Pós-teste						– T-Teste		
Categorias	f	%	Média	DP	f	%	Média	DP	(a mostras emparelhadas)
Aus ência A.P. (0-12)	1	0,9	9,0	0,0	86	81,9	3,56	3,47	
A.P. leve (13-25)	44	41,9	20,02	3,9	18	17,2	16,78	2,99	
A.P moderado (26-38)	51	48,6	31,84	3,43	1	0,9	26,00	0,00	
A.P. a centuado (29-52)	9	8,6	41,67	2,58	0	0	0,00	0,00	
Total	105	100	27,514	8,148	105	100	6,038	6,354	t (104) = 26,067, p < 0,001

Tabela 8: Valores da intensidade da EPA antes e após a Intervenção HBM

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).

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 intensidade e frequência dos Ataques de Pânico de 99,1% da amostra, considerando globalmente estes resultados obtidos no EPA (cf. Gráfico 4).



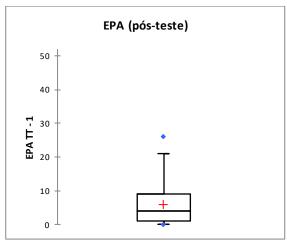
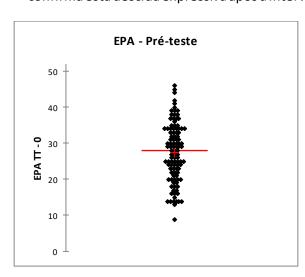


Gráfico 4: Diagrama de caixa para as cotações do EPA no pré e pós-teste

Globalmente, o diagrama de dispersão dos resultados do EPA no pós-tratamento confirma esta descida expressiva após a intervenção com o modelo HBM (*cf.* gráfico 5).



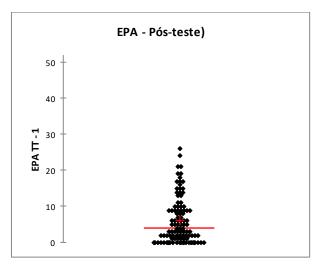


Gráfico 5: Diagrama de dispersão para as pontuações do BAI no pré e pós-teste

## 6.2.1. Follow-up Escala de Pânico e Agorafobia (EPA)

Teste									
	Pós-teste				Follow-up				– T-Teste
Categorias	f	%	Média	DP	F	%	Média	DP	(a mostras emparelhadas)
Ausência A.P. (0-12)	86	81.9	3.56	3.47	34	46.6	6.26	4.34	
A.P. leve (13-25)	18	17.2	16.78	2.99	31	42.5	17.9	3.07	
A.P moderado (26-38)	1	0.9	26.00	0.00	8	10.9	31.75	3.33	
A.P. a centuado (29-52)	0	0	0.00	0.00	0	0	0.00	0.00	
Total	105	100	6.038	6.354	73	100	14.00	9.207	t(72)= <b>13.010</b> , p < <b>0,001</b>

Tabela 9: Valores da intensidade da EPA após a Intervenção HBM e após 1 ano (follow-up)

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 (*cf.* tabela 9).

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.

Nº de sessões de tratamento	f	%
entre 5 e 10 sessões	95	, •
5 5 5 5 E 5 5 5 5 5 5 5 5 5 5 5 5 5	33	90.5
> 10 sessões	10	9.5

Tabela 10: Distribuição do número de sessões de tratamento HBM na amostra

Em relação ao número médio de sessões necessárias a esta redução da intensidade dos Ataques de Pânico, 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) (*cf.* tabela 10).

## 7. CONCLUSÕES

Com este capítulo pretende-se apresentar as conclusões associadas à questão operacionalizada neste estudo, para dar resposta ao problema de investigação: "Qualo 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 carateriza 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 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.

## 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 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.

## 9. Referências Bibliográficas

- Abrão, B. S. (2004). Síndrome do Pânico. São Paulo: Editora Nova Cultura.
- Almeida, L. B. (2010). Introdução à Neurociência, Arquitetura, função, interações e doença do sistema nervoso. Lisboa: Climepsi Editores.
- American Psychiatric Association (2014). *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações*Mentais DSM-5 (5.ª ed). Lisboa: Climepsi Editores.
- Annicchino A. (2007). Ansiedade de separação em adultos com transtorno de Pânico: um tratamento cognitivo-comportamental. Estudos de Psicologia. Campinas, v.24, n.1, p.33-39. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/estpsi/v24n1/v24n1a04.pdf.
- 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), 73-81.
- Barlow, D.H., Farchione, T.J., Fairholme, C.P., Ellard, K.K., Boisseau, C.L. Allen, L.B. & EhrenreichMay, J. (2011). *The Unified Protocolfor Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders: TherapistGuide*. New York: Oxford University Press.
- Beck A., Rush, A., Shaw, B. & Emery, G. (1997). *Cognitive Therapy of Depression*. New York: Guilford 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. (2015). *Angustia... a dor da morte.* Acedido em março de 2017, online em https://www.clinicadamente.com/a-angustia-a-dor-da-morte/
- Brás, P. (2016). Ataques de Pânico. Acedido em maio de 2017 de: <a href="https://www.clinicadamente.com/tratamentos/ataques-de-panico/">www.clinicadamente.com/tratamentos/ataques-de-panico/</a>

- Briggs, A., C.; Strech, D., D.; Brandon, S. (1993). *Subtyping of panic disorder by symptom profile*.

  Br. J. Psychiatry (pp. 201-209).
- 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.
- Carvalho, F., L. (2011). Síndrome do Pânico uma psicopatologia contemporânea. Pós-Graduação

   Curso de Especialização em Psiquiatria. Universidade Estácio de Sá. Recife. Brasil.
- Cooper J. E. (1997). CID-10. Porto Alegre: Artes Médicas. *Classificação de Perturbações Mentais* e de Comportamento
- Cordeiro, J., C. (2005). Manual de Psiquiatria Clínica. Fundação Calouste Gulbenkian.
- Costa, M., L,. (1991). Intervenção Psicológica em situações de Pânico. Cadernos de consulta Psicológica. Vol. 7 (pp-5-10).
- Dalgalarrondo, P. (2008). *Psicopatologia e Semiologia das perturbações mentais*. Artmed.
- Dambeck, M. & Ingram, R. (1993). Cognitive conceptions of anxiety. In Kendall, D. (Ed.), Psychopathology and Cognition. (pp.53-81). San Diego: Academic Press.
- De Beurs E., Garsses B., Buikhuisen M., Lange A., Van Balkom A., Dyck R., (1994). *Continuos monitoring of panic. Acta Psychiatr Scand.* (pp. 38-45).
- Demétrio, Soares, Tung, Yano & Weigt, (2003), in *Rev. Estudos de Psicologia*, PUC-Campinas, v. 20, n. 3, p. 125-134.
- 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 Cassidy, J. & Shaver, P. Handbook of attachment. *Theory, research and clinical aplications* (p.497-519). The Guilford Press. New York.
- Eysenck, M. (1992). *Theories of anxiety and cognition*. In Eysenck, M. (Ed.), Anxiety: the cognitive perspective. (pp.1-33). Hillsdale: Lawrence Erlbaum.
- 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.

- Johnson, K., Berenz, E. C., Zvolensky, M. J. (2012). *Nonclinical Panic Attack History and Anxiety Sensitivity: Testing the Differential Moderating Role of Self-Report and Behavioral Indices of Distress Tolerance. Cogn Ther Res*, 36, (pp.603-611).
- 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, v. 129, p. 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.
- May, R. (1977). The meaning of anxiety. W.W. Norton & Company. Inc. New York
- 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 psychoterapy*. Washington, DC. American Psychiatric Press.
- Muotri, R. (2007). Exercícios Aeróbicos como Terapia de Exposição a Estímulos no Tratamento do Pânico. Rev. Brasileira de Esportes. V.13 nº 5.
- Mufson, Dorta, Olfson, Weissman & Hoagwood, (2004). *A randomized effectiveness trial of interpersonal psychotherapy for depressed adolescents*. <u>Arch Gen Psychiatry</u>. Jun;61(6):577-84.
- 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/
- Pereira, M., C., R. (2002). *O fenómeno do Pânico: uma análise de sua construção sociocultural.*Dissertação (mestrado) Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Filosofia e

- Ciências Humanas. Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social. Santa Catarina. Brasil.
- Pezzato, F., A.; Brandão, A., S.; Oshiro, C., K., B., (2012). *Intervenção baseada na psicoterapia analítica funcional em um caso de Perturbação de Pânico comagorafobia*. Revista Brasileira de Terapia comportamental e cognitiva, vol. XIV, pp. 1517.1545.
- Quevedo, J.; Schimitt, R., (2008). Emergências Psiquiátricas. Artmed.
- 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.
- Ruiloba, J., V. (2003). Introducción a la psicopatologia y la psiquiatria. Masson.
- Salum, G. A., Blaya C., Manfro, G. G. (2009). *Perturbação de Pânico*. Rev Psiquiatr RS. (pp. 86-94).
- Silva, J., V., V.; Rosa, J., T.; Paegle, I., C.; Braunholz, M., A., S.; Bolgar, M., F. (2004). *Contribuições* do Teste de Relações Objetais de Phillipson para o diagnóstico do funcionamento mental de pacientes com Perturbação de Pânico. Vetor Editora, Psic v.5 n.1 São Paulo. Brasil.
- Sheehen, E. (2000). *Ansiedade, Fobias e Síndrome do Pânico: Esclarecendo suas Dúvidas.* São Paulo: Ágora.
- 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, Cap.9, p.325-355.
- Torres, A., Lima, M., e Ramos-Cerqueira, A. (2001). Tratamento da Perturbação de Pânico com terapia psicodramática de grupo. Revista Brasileira de Psiquiatria (pp. 141-148).
- Valença, A., M., (2013). Perturbação de Pânico: aspetos psicopatológicos e fenomenológicos.

  Revista Debates em Psiquiatria. Nº4 Jul/Ago. Associação Brasileira de Psiquiatria.
- Varela, P. (2006.) Ansiosa-Mente. Lisboa: A Esfera dos Livros.
- 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.

- Wood, C., Salguero, J. M., Cano-Vindel, A., Galea, S. (2013). *Perievent Panic Attacks and Panic Disorder After Mass Trauma: A 12-Month Longitudinal Study*. Journal of Traumatic Stress, 26, (pp.338-344).
- Yaseen, Z. S., Chartrand, H., Bolton, J., Galynker, I. (2013). Fear of dying in panic attacks predicts suicide attempt in comorbid depressive illness: prospective evidence from the national epidemiological survey on alcohol and related conditions. Depression and Anxiety, 30, (pp.930-939).