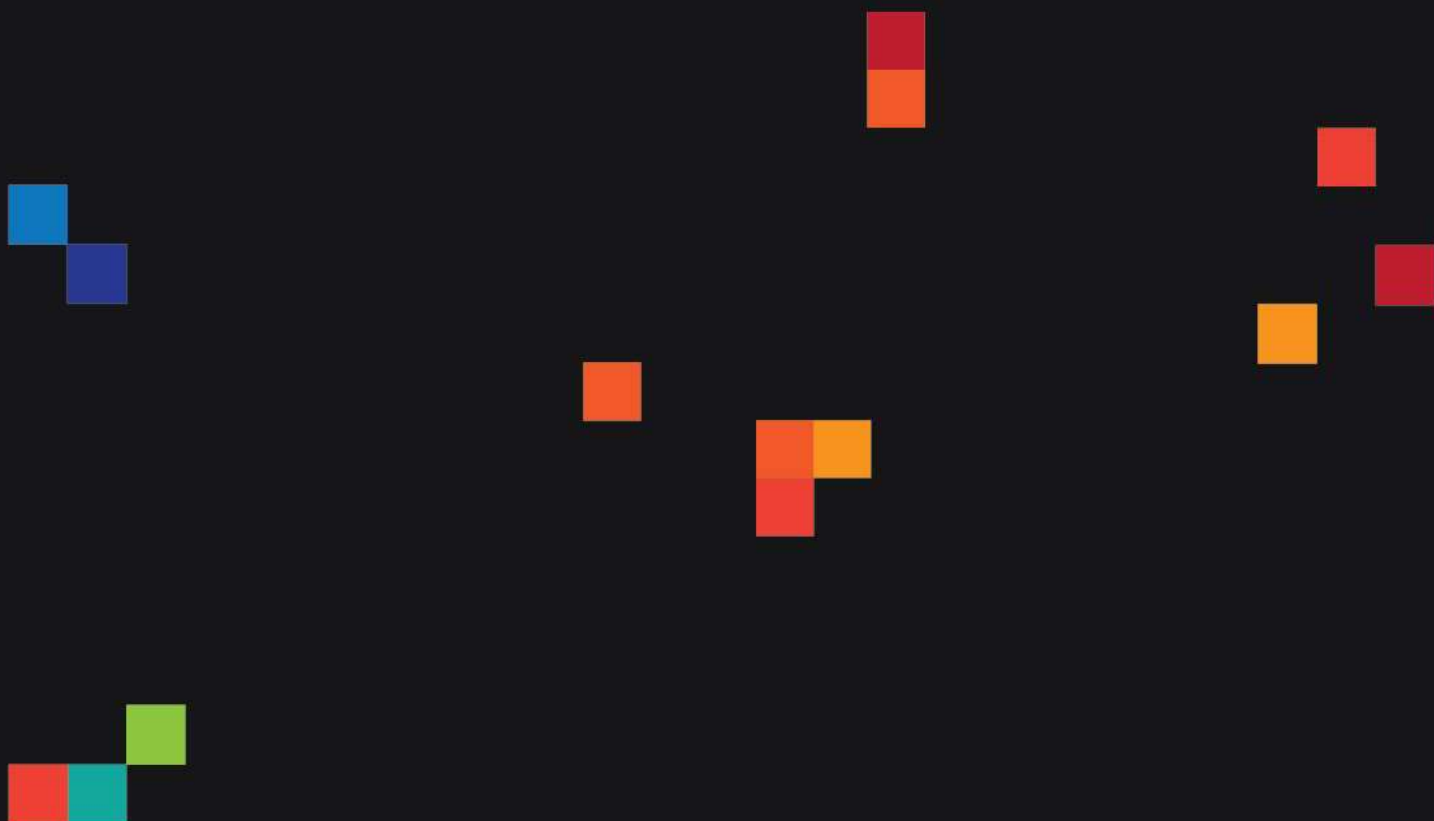




PSICOLOGIA CLÍNICA E DA
SAÚDE





O Modelo Psicoterapêutico HBM na Perturbação Depressiva

Joana Oliveira¹, Catarina Certal¹, & Cécile Domingues¹

1. Clínica da Mente, Portugal

Resumo

A depressão é considerada, pela Organização Mundial de Saúde (OMS, 2002) um dos problemas mais graves de Saúde Pública da atualidade. Este estudo utilizou métodos de investigação quantitativos com pré e pós-teste, com o intuito de responder ao problema de investigação: “Quais os resultados da intervenção com recurso ao modelo psicoterapêutico HBM na perturbação depressiva?”, visando avaliar os resultados da intervenção HBM (*Human Behaviour Map*) na depressão. Para o desenvolvimento desta investigação e tendo em atenção os objetivos inicialmente definidos, foi avaliada uma amostra de conveniência de 85 sujeitos, adultos, de ambos os géneros, com diagnóstico de sintomatologia depressiva, oriundos de diversos distritos do país. Os resultados obtidos permitiram tirar as conclusões que se seguem. Para 83,4% da amostra, foram necessárias entre cinco e dez sessões de intervenção terapêutica para ultrapassar o estado depressivo em que se encontravam anteriormente. Verificou-se ainda a existência de uma diferença estatisticamente significativa ($t(84) = 18.07$, IC de 95% [15.54-20.59], $p < .001$), entre a média do grau de depressão do pré-teste e do pós-teste, concluindo-se, deste modo, que a intervenção psicoterapêutica com recurso ao modelo HBM contribuiu para a diminuição do grau de depressão de todos os pacientes, verificando-se a remissão de sintomatologia depressiva em 80% da amostra. Constatou-se ainda que em todos os casos em que as mulheres iniciaram a psicoterapia com um nível de “depressão grave”, a intervenção psicoterapêutica com recurso ao modelo HBM, teve um maior impacto do que os homens que também iniciaram a intervenção com um nível de “depressão grave”, inferindo-se que o modelo de intervenção HBM tem um grau de eficácia estatisticamente significativa ($\chi^2(2) = 14.63$, $p < 0.004$), especialmente naqueles casos em que o índice depressivo inicial é mais severo, antes do tratamento. Sendo também muito relevante o efeito do tratamento em função do género, uma vez que as mulheres assistem a uma diminuição do índice depressivo, de forma mais acentuada.

Palavras-chave: Depressão; Psicoterapia; Modelo HBM;



Abstract

Depression is considered by the World Health Organization (WHO, 2002) as one of the most serious problems of Public Health today. This study used quantitative research methods with preand post-test, in order to answer to the research question: " What are the results of the intervention using the HBM psychotherapeutic model in depressive disorder ?", aiming to evaluate the results of the HBM (*Human Behaviour Map*) intervention in depression. For the development of this research and taking into account the goals initially set, a convenience sample of 85 adult subjects of both genders diagnosed with depressive symptomatology,, from various districts of the country, was evaluated. The results allowed the following conclusions. For 83.4% of the sample, it took between five and ten sessions of therapeutic intervention to overcome the depressed state. It was also found that there is a statistically significant difference ($t(84) = 18.07$, IC de 95% [15.54-20.59], $p < .001$) between the mean degree of depression pre-test and post-test, concluding thereby that the HBM psychotherapeutic intervention contributed to decrease the degree of depression in all patients. It was also verified the remission of depressive symptoms in 80% of the sample.

It was also observed that in all the cases in which the women started psychotherapy with a level of "severe depression", the psychotherapeutic intervention using the HBM model had a greater impact than the men who also started the intervention with a "severe depression" level, inferring that the HBM intervention model has a statistically significant degree ($\chi^2(2) = 14.63$, $p < 0.004$), of efficacy especially in those cases in which the initial depressive index is more severe prior to treatment.

The effect of treatment on the basis of gender is also very relevant, since women see a decrease in the depressive index, in a more pronounced way.

Keywords: Depression; Psychotherapy; HBM model;



Introdução

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

De uma forma global, a depressão é vista como uma perturbação mental comum, caracterizada por humor deprimido, acentuada diminuição do prazer ou interesse em todas ou quase todas as atividades na maior parte do dia, agitação ou retardo psicomotor quase todos os dias, fadiga e perda de energia quase todos os dias, sentimento de inutilidade ou culpa excessiva ou inadequada, capacidade diminuída de pensar ou concentrar-se ou indecisão, oscilações entre sentimentos de culpa e baixa autoestima, além de distúrbios do sono ou do apetite (OMS, 2002). Todavia, a sintomatologia depressiva é multifacetada e variável de pessoa para pessoa (Schotte, Bossche, Doncker, Claes & Cosyns, 2006).

Vários são os autores (Bento, Carreira & Heitor, 2001; Caldas de Almeida & Xavier, 2013; National Institute of Mental Health, 2002; Metha, Mittal & Swani, 2014; Rodrigues, *et al.*, 2014; DGS, 2014) que se têm vindo a debruçar sobre a temática da depressão, dada a gravidade e impacto que esta tem a nível de saúde pública, existindo, como tal, uma grande diversidade de perspetivas relativamente à origem e às causas da depressão.

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

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

O modelo HBM baseia-se numa primeira fase na identificação dos comportamentos, pensamentos e sintomas indesejados através de uma anamnese presencial, onde o terapeuta identifica as crenças, valores e emoções que estão a condicionar e influenciar o comportamento pretendido. Após esta primeira análise, e partindo do princípio que todos os comportamentos humanos refletem as experiências vivenciadas no passado, começa-se a identificar com o paciente os eventos traumáticos ou não a partir dos quais o comportamento indesejado se manifestou. A anamnese termina quando se encontra a correspondência entre todas as crenças, valores ou sintomas prejudiciais ao bem-estar do paciente e as experiências que criaram hábitos ou aprendizagens indesejadas.

O modelo HBM compreende assim que o Ser Humano age sempre de acordo com as aprendizagens, sendo que essas aprendizagens só têm impacto e influência enquanto que memorizadas. Pedro Brás define as memórias como a retenção da experiência na forma como foram vividas e recebidas pelo indivíduo, através dos seus sentidos, nomeadamente, a visão e a audição (Brás, 2010).



Este autor define também que não é a realidade da experiência que condiciona o indivíduo, mas sim a percepção que o indivíduo faz da realidade, porque cada pessoa olha para o mesmo evento analisando-o de acordo com as suas próprias experiências e interpretando a experiência de uma forma muito individual. Assim, o indivíduo guarda nas suas memórias, não só as imagens que viu, os sons que ouviu, mas também aquilo que sentiu.

Neste sentido, são utilizadas duas técnicas psicoterapêuticas: Athenese® e Morfese® que permitem trabalhar o sistema emocional do indivíduo para que este se liberte de emoções tais como angústia, medo, tristeza, ansiedade, entre outras, possibilitando a alteração do seu estado depressivo ou ansioso. Estas mudanças dos estados emocionais são provocadas pela alteração das memórias existentes na estrutura mental de cada indivíduo. O Processo de alteração de memórias faz-se pela alteração das sub-modalidades da mesma, ou seja, se o indivíduo mudar a forma como representa as suas experiências deixa de ser influenciado pelas mesmas (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, conseqüentemente, permite-lhe associar-se a emoções positivas (Brás, 2010).

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

Metodologia e apresentação de resultados

Este estudo utiliza métodos de investigação quantitativos com pré e pós-teste, pois ao ser desenhado para responder ao problema de investigação: “Quais os resultados da intervenção com recurso ao modelo psicoterapêutico HBM na perturbação depressiva”, visou avaliar os resultados da intervenção HBM na perturbação depressiva.

Instrumentos

Para a realização deste estudo, foi utilizado como instrumento de investigação um questionário constituído por uma primeira parte relacionada com os dados sociodemográficos do indivíduo e uma segunda parte referente ao Inventário de Depressão de Beck – BDI. O Inventário de Depressão de Beck (*Beck Depression Inventory*) é a medida de autoavaliação de depressão mais consensual e amplamente usada tanto em pesquisa como em clínica (Beck & Steer, 1984; Dunn, Sham & Hand, 1993; Beck, Steer & Brown, 1996). Trata-se de um instrumento de autoavaliação, composto por uma escala do tipo *Likert* com vinte e um itens referentes a sintomas e atitudes cognitivas. Cada item encontra-se



organizado numa escala de 0 pontos (ausência de sintomatologia) a 3 (sintomatologia severa), de acordo com a forma como se sentiram durante a última semana, obtendo-se uma pontuação total através do somatório de todos os itens (pontuação que pode variar entre 0 e 63).

Para amostras de sujeitos com perturbações emocionais, o *Center for Cognitive Therapy* (Beck, Brown, Steer, Eidelson & Riskind, 1988) recomenda os seguintes pontos de corte: 1) 0-9: não deprimido; 2) 10-18: estados depressivos leves; 4) 19-29: depressão moderada; e 5) > 30: depressão grave.

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

Critérios de seleção da amostra e caracterização da população-alvo

Para o desenvolvimento desta investigação e tendo em atenção os objetivos inicialmente definidos, foi avaliada uma amostra de conveniência de 85 sujeitos, adultos, de ambos os géneros, com diagnóstico de sintomatologia depressiva, oriundos de diversos distritos do país, dos quais 64,7% do género feminino (n=55) e 35,3% do género masculino (n=30), com idades compreendidas entre os 18 e os 69 ($M=41.2$; $D.P.= 12.991$).

No presente estudo, os pós-testes foram passados a 83,4% da amostra entre a 5ª e a 10ª sessão de intervenção psicoterapêutica, aquando do alcance dos objetivos terapêuticos delineados na consulta de avaliação e diagnóstico. Para 2,4% da amostra foram necessárias menos de 5 sessões psicoterapêuticas e para 14,2% da amostra foram necessárias mais de 10 sessões de intervenção psicoterapêutica para ultrapassar o estado depressivo em que se encontravam.

Procedimentos

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

No início da primeira sessão de tratamento, e antes de qualquer intervenção terapêutica, os pacientes foram questionados quanto à disponibilidade para participar no presente estudo, tendo sido informados acerca da sua natureza, dos seus objetivos e metodologia, assegurando todos os princípios éticos e deontológicos, bem como o seu anonimato e confidencialidade. Em seguida, foi administrado o questionário a todos os participantes do estudo, do qual constava a ficha de dados sociodemográficos e o Inventário de Beck (pré-teste).

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



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

É recomendável que, durante o ano após as sessões de tratamento intensivo, sejam realizadas sessões de reforço, com o objetivo de manter e consolidar o equilíbrio emocional alcançado (Brás, 2010).

Tratamento estatístico dos dados

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

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

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

Assim, para dar resposta à hipótese em estudo: “Quais os resultados da intervenção com recurso ao modelo psicoterapêutico HBM na perturbação depressiva?”, interessou analisar se os pacientes que constituíram a amostra do presente estudo diminuíram o índice depressivo (Tabela 1).

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

Tabela 15: Valores de depressão (por categorias) no pré e pós-teste da amostra

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

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

Verifica-se, deste modo, que existe uma diferença estatisticamente significativa ($t(84) = 18.072, p < 0.001$), entre a média do grau de depressão para o pré e pós-teste, podendo-se inferir que a intervenção psicoterapêutica com recurso ao modelo HBM contribuiu para a remissão da depressão grave e uma acentuada diminuição da depressão moderada e leve.



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

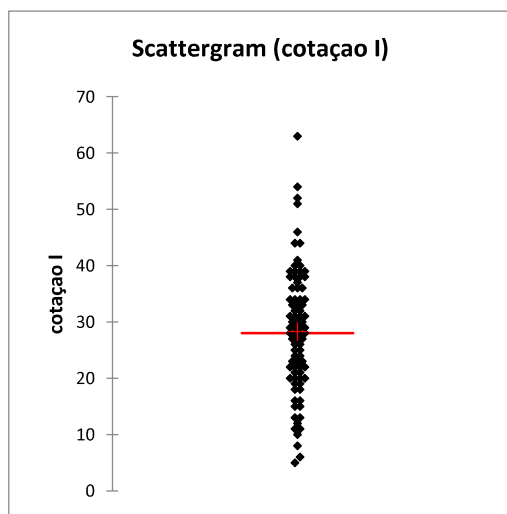
Assim, verificou-se que, antes da intervenção psicoterapêutica, 44,7% da amostra apresentava índices de “depressão grave” ($M=37,9$; $D.P.=7,38$) e 37,6% “depressão moderada” ($M=24,3$; $D.P.=3,36$).

Após a intervenção psicoterapêutica com recurso ao modelo HBM, 80% da amostra ($n=68$) apresentava-se “não deprimida” ($M=3,5$; $D.P.=2,43$) e 18,8% apresentava índices de “depressão leve” ($M=12,1$; $D.P.=2,78$).

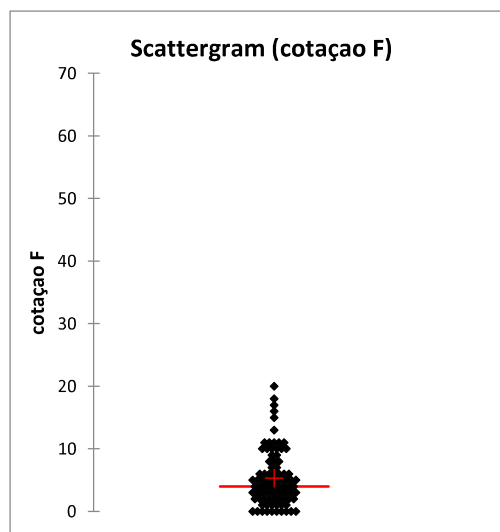
Através do diagrama de dispersão (Gráfico 1) e do diagrama de caixa (Gráfico 2), podemos também aferir a relação causal entre a utilização do modelo de intervenção HBM e a remissão total da sintomatologia depressiva para 80% da amostra e a diminuição quase total do índice depressivo da restante amostra.

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

Pré-teste



Pós-teste



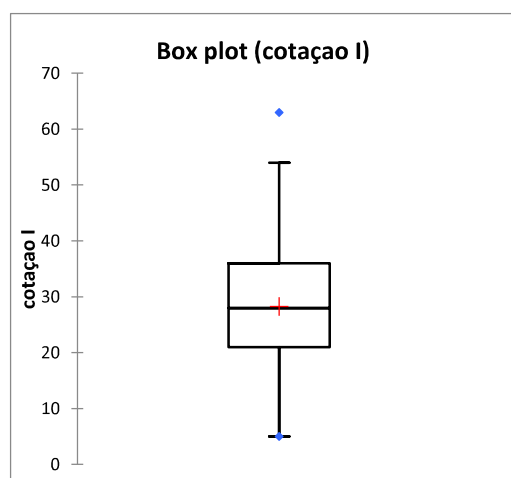
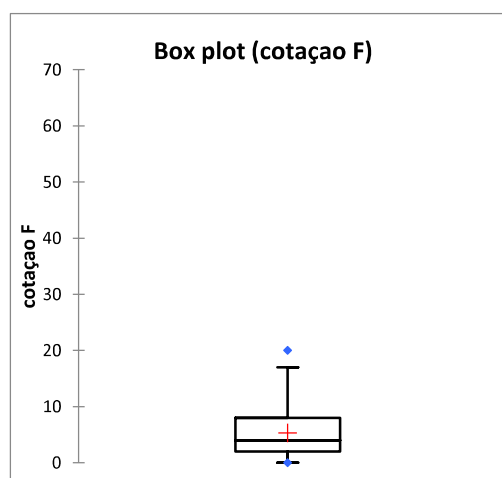
**Pré-teste****Pós-teste**

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

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

Gênero. De forma a verificar a diferença que a variável sociodemográfica teria nos níveis de variação do grau de depressão, após a intervenção psicoterapêutica com recurso ao modelo HBM, procedeu-se a uma análise de inferência estatística das hipóteses recorrendo-se ao teste de independência do Qui Quadrado (X^2), para uma probabilidade de erro tipo I (α) de 0,05.

Atendendo ao número de casos esperados nos níveis de variação mais elevados (isto é, sujeitos que inicialmente se encontravam no nível de “depressão grave” e após intervenção encontravam-se no nível de “não depressão”), constatou-se que, em todos os casos em que as mulheres iniciaram a psicoterapia com um nível de “depressão grave”, a intervenção psicoterapêutica com recurso ao modelo HBM tiveram melhores resultados na diminuição dos níveis de depressão do que os homens que também iniciaram a intervenção com um nível de “depressão grave”, inferindo-se que o modelo de intervenção HBM contribuiu no tratamento da depressão, tendo um resultado estatisticamente significativo ($\chi^2(2) = 14.63, p < 0.004$) especialmente naqueles casos em que o índice depressivo inicial é mais severo, antes do tratamento, sendo também muito relevante o efeito do tratamento em função do género, uma vez que as mulheres assistem a uma diminuição do índice depressivo, de forma mais acentuada.

Conclusão

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

Existe uma diferença estatisticamente significativa ($t(84) = 18.07, IC$ de 95% [15.54-20.59], $p < .001$), entre a média do grau de depressão do pré-teste e do pós-teste, concluindo-se, deste modo, que a intervenção psicoterapêutica com recurso ao modelo HBM, teve um



impacto significativo na diminuição do grau de depressão dos pacientes, verificando-se a diminuição significativa da sintomatologia depressiva em 80% da amostra.

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

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

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

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

Costa, António, Soares e Moreno (2006) relataram um ensaio clínico controlado de 62 sujeitos com sintomatologia depressiva, tratados com psicoterapia psicodramática combinada (recurso a fármacos) (GE) e com terapia farmacológica (GC). O GE foi sujeito a 4 sessões terapêuticas individuais e 24 sessões de terapia de grupo. O GC passou exclusivamente pela farmacoterapia. A análise dos resultados mostrou que 20% dos pacientes do GE teve completa remissão e 31,62% teve diminuição da sintomatologia depressiva. No GC nenhum paciente teve remissão, 14,33% teve diminuição da sintomatologia depressiva e 30% teve piora dos sintomas depressivos.

Por sua vez, o modelo de intervenção HBM contribuiu de uma forma estatisticamente significativa para a redução da sintomatologia depressiva ($\chi^2(2) = 14.63, p < 0.004$) especialmente naqueles casos em que o índice depressivo inicial é mais grave.

As conclusões decorrentes desta investigação revestem-se de particular importância porque demonstram o contributo desta abordagem psicoterapêutica no tratamento da perturbação depressiva.

Limitações do estudo e sugestões para futuras investigações

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



Poderia, no futuro, ser pertinente delinear um estudo longitudinal e de follow-up, que permitisse acompanhar os pacientes ao longo dos anos de forma a averiguar se os resultados obtidos no final do tratamento intensivo se mantêm consistentes e estáveis. Contudo, sendo a depressão um estado normal que é potenciado pelas experiências e circunstâncias que o indivíduo vive ao longo do tempo, torna muito variável a medição do efeito de uma intervenção psicoterapêutica no tempo futuro.

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

Este estudo abrangeu participantes oriundos de diversas regiões do país, contudo, seria interessante alargar o espectro de ação e implementação do projeto a uma amostra mais alargada. Deste modo, possibilitará 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 efeito da medicação que muitos destes pacientes usam de forma continuada.

Contacto para Correspondência

Joana Oliveira, Catarina Certal & Cécile Domingues,
Clínica da Mente
Rua Costa Cabral, n.799
geral@clinicadamente.com

Referências bibliográficas

- Araújo L., Coutinho M., & Pereira D. (2008). Depressão em crianças e adolescentes escolares: Um estudo das representações sociais. *Associação de Psicologia Social*, 523.
- Beck A., Brown G., Steer R., Eidelson J., Riskind J. (1988). Differentiating anxiety and depression: A test of the cognitive content-specificity hypothesis. *Journal of Abnormal Psychology*, 96: 179–183.
- Beck, A., & Steer, R. (1984). Internal consistencies of the original and revised Beck Depression Inventory. *Journal of Clinical Psychology*, 40(6): 1365-1367.
- Beck, A., Steer, R., & Brown, G. (1996). BDI-II manual. The psychological corporation. San Antonio, TX.
- Bento, A., Carreira, M., & Heitor, M. (2001). Censo Psiquiátrico de 2001: Síntese dos Resultados Preliminares. Lisboa: Direcção-Geral de Saúde do Ministério de Saúde.
- Brás, P. (2010). Manual HBM. Documento não publicado. London: Master HBM Research.



- Caldas de Almeida, J., & Xavier, M. (2013). Estudo Epidemiológico Nacional de Saúde Mental (Vol. 1). Lisboa. Faculdade de Ciências Médicas, da Universidade Nova de Lisboa.
- Costa, E., Antonio, R., Soares, M. & Moreno, R. (2006). Psychodramatic psychotherapy combined with pharmacotherapy in major depressive disorder: an open and naturalistic study. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. [online] 28(1): 40-43.
- (DGS) Direção-Geral da Saúde (2014). Portugal: Saúde Mental em Números 2014. Lisboa.
- Dunn, G.; Sham, P. & Hand, D. (1993). Statistics and the Nature of Depression. *Psychological Medicine* (23): 871-889.
- Gusmão, R. e colaboradores (2005). O peso das perturbações depressivas: Aspetos epidemiológicos globais e necessidades de informação em Portugal. *Ata Médica Portuguesa* 18: 129-146.
- Hayes, M., Beevers, C., Feldman, G., Laurenceau, J. & Perlman, C. (2005). Avoidance and processing as predictors of symptoms change and positive in an integrative therapy for depression. *International Journal of Behavioral Medicin*, 12(2),111-122.
- Metha, S., Mittal, P., e Swani,M.K., (2014). Psychosocial Functioning in Depressive Patients: A Comparative Study between Major Depressive Disorder and Bipolar Affective Disorder. *German Journal of Psychiatry*, vol. 16, no. 4, pp. 124-129.
- National Institute of Mental Health (2002). *Anxiety Disorders* (Rev. Ed.). Hendrix, M.L.: Author.
- Nierenberg, A., Sussman, N., &Trivedi, M. (2003). *ManagingRelapse in Depression*. London: SciensePress, Ltd.
- Organização Mundial da Saúde (OMS) (2002). *Saúde mental: Nova Conceção, Nova Esperança*. Ministério da Saúde Direção Geral da Saúde.
- Plano Nacional de Saúde (2004). *Mais saúde para todos*. Ministério da Saúde Direção Geral da Saúde.
- Rodrigues, A., Uva, M., Nunes, B., Marques, S., Antunes, S., Dias, C. (2014). _Taxas de incidência de primeiros episódios de depressão nos cuidados de saúde primários em 2004 e 2012: dados da Rede Médicos-Sentinela. Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge. *Boletim Epidemiológico*, n.º7, 2ª série.
- Schestatsky, S. & Fleck, M. (1999). Psicoterapia das depressões. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 21(1): 41-47.
- Schotte, C., Bossche, B., Doncker, D., Claes, S., & Cosyns, P. (2006). A Biopsychossocial model as a guide for psycho education and treatment of depression. *Depression and Anxiety*, 23, 312-324.
- World Health Organization (WHO/OMS) (2003). *Investing in Mental Health*.Geneva: Departament of Mental Health and Substance Dependence, Non communicable Diseases and Mental Health, World Health Organization.