

TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL NO TRATAMENTO DE UM CASO DE TRANSTORNO DE ANSIEDADE GENERALIZADA: UM RELATO DE CASO

2020

Ana Luísa Caetano Melo

Graduanda em Psicologia pela Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF)

melo.analuisac@gmail.com

Lélio Moura Lourenço

Doutor em Psicologia Social pela PUC/SP.

Professor associado ao Departamento de Psicologia da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF)

Coordenador do Núcleo de Estudos em Violência e Ansiedade Social – NEVAS – UFJF

leliomlourenco@gmail.com

RESUMO

Os Transtornos de Ansiedade se mostram cada vez mais presentes na vida da população. Tal fato demonstra a necessidade crescente de estudo e tratamento destes no campo da Psicologia. Logo, o presente trabalho visa apresentar o manejo de um caso clínico de uma adolescente do sexo feminino, com hipótese diagnóstica de Transtorno de Ansiedade Generalizada, ocorrido em uma clínica-escola, conduzido sob a perspectiva da abordagem da Terapia Cognitivo-Comportamental. A abordagem escolhida objetiva que a terapia seja diretiva, estruturada e orientada ao presente, com o intuito de que o paciente tenha autonomia a partir das intervenções feitas no processo terapêutico. Para isso, foram utilizadas técnicas como a psicoeducação, a reestruturação cognitiva e o relaxamento progressivo, as quais, ao longo das 14 sessões de tratamento, resultaram em uma significativa redução do quadro de ansiedade e no aprendizado de recursos para lidar com possíveis futuras situações ansiogênicas.

Palavras-chave: Ansiedade, transtorno de ansiedade, transtorno de ansiedade generalizada.

Copyright © 2020.

This work is licensed under the Creative Commons Attribution International License 4.0.

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>



1. CONCEITUAÇÃO DE TRANSTORNOS DE ANSIEDADE

Conforme o Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais (APA, 2014), os transtornos de ansiedade apresentam características como medo e ansiedade excessivos, além de causarem impactos comportamentais associadas a eles. De acordo com Sadock, Sadock e Ruiz (2016), a ansiedade pode ser entendida como um sinal de alerta em relação a um perigo iminente, o qual prepara o indivíduo para lidar de alguma forma com a ameaça, sendo esta desconhecida, conflituosa e sua ocorrência se dá internamente.

Já o medo, para os autores citados anteriormente, tem uma resposta emocional semelhante, porém, diferenciando-se da ansiedade, tal resposta é decorrente de uma ameaça de origem conhecida, não conflituosa, que ocorre por estímulo externo e é bem definida. A diferença entre o medo e a ansiedade adaptativa para os transtornos de ansiedade verifica-se pelo fato de que os últimos são excessivos e ocorrem além dos períodos apropriados. Muitos deles se desenvolvem na infância e, se não tratados, podem persistir pelo resto da vida do sujeito acometido (APA, 2014). Ou seja, a ansiedade torna-se patológica quando o indivíduo avalia incorretamente o perigo de algumas situações, passando a prejudicar sua qualidade de vida no âmbito social e ocupacional. Soma-se a isso, inclusive, a ocorrência de intenso medo em situações em que não há ameaça ou existem apenas pequenos estímulos dela (Clark & Beck, 2012).

Dentre todos os transtornos mentais, os transtornos de ansiedade representam os mais frequentes e, segundo dados publicados pela OMS, foi retratado, em nível global, uma prevalência de 3,6% da população, no ano de 2015 (World Health Organization, 2017). Mencionando os pesquisadores Martins, França, Nucci, Martinez e Faber (2017), responsáveis por um estudo em que foi analisada a prevalência dos transtornos ansiosos em 6 países europeus, concluiu-se que a maior prevalência nesses países foi a de fobia específica, que atingiu o índice de 7,7%. Também obtiveram índices preocupantes o transtorno de ansiedade generalizada (2,8%), fobia social (2,4%) e transtorno de pânico (2,1%), todos eles com maior incidência nos indivíduos do sexo feminino. Já o Brasil, atualmente, é o país com o maior número de transtornos de ansiedade do mundo, com a prevalência de 9,3% da população (World Health Organization, 2017). Segundo estudos epidemiológicos efetivados nas cidades de São Paulo e Rio de Janeiro, está documentado que 18,8

a 20,8% da população, nos últimos 12 meses, apresentou algum distúrbio de ansiedade e/ou fobias, e que 27,7 a 30,8% dos brasileiros sofreram dessas desordens psíquicas uma vez durante a vida (Andrade *et al.*, 2012; Ribeiro *et al.*, 2013).

1.1 Transtornos de ansiedade específicos

É de suma importância salientar que existem vários tipos de transtornos de ansiedade. Tais tipos se diferem não só mediante a observação das situações ou objetos que levam o indivíduo a ter medo, ansiedade ou se esquivar, mas também acerca da ideação cognitiva relacionada, apesar de ser bastante comum eles aparecerem comórbidos entre si (APA, 2014). O Manual de 2014 lista como transtornos de ansiedade: transtorno de pânico, transtorno de ansiedade social (ou fobia social), agorafobia, transtorno de ansiedade generalizada (TAG), ansiedade de separação, mutismo seletivo, fobia específica, transtorno de ansiedade induzido por substância ou medicamento, transtorno de ansiedade devido a outra condição médica, outro transtorno de ansiedade especificado e também transtorno de ansiedade não especificado.

Diante disso, percebe-se que a ansiedade pode se manifestar patologicamente de diversas formas. Uma delas é o transtorno do pânico que, segundo Barlow (2016), é definido como ataques de pânicos regulares, seguidos da sensação de profundo medo acerca da possibilidade de ocorrência de um novo ataque e preocupação com suas implicações. Tal circunstância ocorre por - no mínimo - um mês. Sendo esta caracterizada pelo medo aprendido frente a sensações corporais relacionadas ao ataque (Clark & Beck, 2012). O ataque de pânico em si, conforme Dalgalarro (2019), é entendido como um episódio de muita ansiedade e de medo intenso ou pavor, que surge sem aviso prévio e tem curta duração, em geral 15 minutos e raramente chegam à 1 hora, sendo concomitante com sintomas físicos, como taquicardia, tremores, suor frio, formigamento, náuseas e também sintomas psicológicos, que estimulam o sistema nervoso autônomo e preparam o organismo para enfrentar um suposto perigo, tal como um infarto ou a morte. O medo quando sentido durante um ataque de pânico, geralmente, é injustificado e não tem um fator que o incite, sendo visto como um alarme falso (Barlow, 2002).

Outro distúrbio ansioso bastante comum é o transtorno de ansiedade social (TAS). Tal condição consiste no medo recorrente e excessivo de receber julgamentos e críticas em situações sociais ou avaliativas. É um quadro clínico que gera alta disfuncionalidade, visto que, devido ao intenso medo, angústia e ansiedade, o indivíduo por sua vez opta, constantemente, por evitar circunstâncias em que esteja em público e possíveis atividades interpessoais onde seja objeto de avaliação, porém, quando estas não podem ser evitadas, as situações sociais acarretam diversos sintomas de ansiedade, como palpitação, sudorese, tremor nos membros, face ruborizada e diarreia

(Pereira & Lourenço, 2012). Muitas pessoas que convivem com o transtorno também têm sérios prejuízos e sofrimento evidente no ambiente profissional, acadêmico e social (Aderka *et al.*, 2012), uma vez que grande parte desses indivíduos se caracteriza por possuir elevado senso autocrítico e inibição, mostrando-se tensos e com dificuldade de se comunicar quando se encontram em situações sociais (Clark & Beck, 2012). Nesse sentido, reforça Dalgalarondo (2019, p. 652), “o medo da exposição é mais forte com pessoas estranhas ou tidas, por algum motivo, como hierarquicamente em posição superior”.

A ansiedade se manifesta também mediante a agorafobia. Nela o medo e a ansiedade acometem os indivíduos em duas ou mais situações, como utilizar transporte público, estar entre conglomerado de pessoas, em filas, espaços fechados ou amplos, estar fora de casa, entre outras situações (APA, 2014). Assim, Dalgalarondo (2019) acrescenta, ainda, a angústia e medo causados frente situações que envolvam locais que sejam possivelmente difíceis de escapar, de conseguir auxílio ou ter a presença de pessoas próximas disponível rapidamente. Essas circunstâncias acarretam sintomas parecidos com o pânico, como crises de medo ou a preferência por evitar situações que possam resultar em tais crises, o que, conseqüentemente, limita e restringe a vivência do indivíduo, ainda nos dizeres do autor. O distúrbio tem seu auge no fim da adolescência e no início da idade adulta. Seu início, porém, pode ser observado ainda na infância (Beesdo, Knappe & Pine, 2009).

Já o transtorno de ansiedade generalizada (TAG) é uma psicopatologia crônica, definida no DSM-5 (2014) por ansiedade e preocupações persistentes e em excesso presentes na maioria dos dias, pelo tempo de, pelo menos, seis meses. A maior característica central do TAG é que essa preocupação exagerada ocorre frente à temas diversos, comumente ligados à situações rotineiras nos âmbitos financeiro, do trabalho, acadêmico e da saúde. Além disso, outro fator comum é o pensamento repetido acerca de situações e eventos futuros associados aos piores cenários possíveis. Frequentemente, as causas de preocupação podem mudar ao decorrer do curso da patologia. Reforçando tal afirmação, o autor Dalgalarondo (2019) também enuncia que a pessoa com TAG encontra-se, na maior parte do tempo, angustiada, preocupada, tensa e irritada, podendo, com bastante frequência, manifestar sintomas como perturbação do sono, dificuldade no relaxamento e na concentração, além de experimentar sintomas físicos, que incluem dores e tensão muscular, taquicardia, cefaleia, sudorese e tremores. O TAG é um transtorno que resulta em uma demasiada redução da qualidade de vida do paciente, acarretando prejuízos sociais e ocupacionais e sofrimento clinicamente significativos (Clark & Beck, 2012). Como citam os autores Sadock, Sadock e Ruiz (2016), a doença acaba por deixar de ser somente individual, afetando intensamente a dinâmica familiar dos pacientes.

A ansiedade de separação é identificada no DSM-5 (2014) como um transtorno que gera grande ansiedade e apreensão quanto à separação de figuras de apego, mas estas reações são

impróprias para o desenvolvimento do indivíduo. Logo, ocasiona medo e preocupação persistente de que as situações resultem em perda ou separação dessas figuras de vínculo ou que elas estejam em possível perigo. Esse medo e angústia geram recusa em afastar-se, além de provocar o aparecimento de sintomas físicos ou, inclusive, pesadelos que expressam esse sofrimento. Os sintomas persistem durante muitos meses, causando prejuízo escolar, pessoal ou social significativo, como descrito ainda no manual. Geralmente, os sintomas supracitados ocorrem na infância, onde a criança percebe essas figuras como protetoras e sente medo, por exemplo, de ir à escola. Não obstante, tal condição ainda pode ser expressa na vida adulta, comumente sendo desencadeada em relação ao parceiro (a) amoroso (Dalgalarrondo, 2019).

Ademais, podem-se encontrar indivíduos com mutismo seletivo. Estes apresentam fracasso consistente na manifestação e comunicação em situações em que se espere o diálogo, como, por exemplo, no ambiente escolar. Contudo, podem falar normalmente em outras situações. Tal dificuldade resulta em consequências acadêmicas e profissionais de caráter negativo, podendo atrapalhar, também, outros aspectos na comunicação social do indivíduo (APA, 2014).

Ainda conforme o DSM-5, a fobia específica gera ansiedade, apreensão ou, então, esquiva de objetos ou situações específicas. O indivíduo sente um intenso medo, que é persistente, irracional e desproporcional em relação ao risco que a situação fóbica que o induz realmente apresenta. Ela pode ocasionar um estado de angústia tão intenso que chega a desencadear uma crise de pânico, ainda que o indivíduo compreenda a irracionalidade do medo ou da intensidade deste. Este medo ocorre frente a estímulos específicos, tais como animais, ambientes naturais, ver sangue, ferimentos ou objetos cortantes, entre outros exemplos (Dalgolarrondo, 2019). As fobias específicas se diferenciam do sentimento de medo por retratarem reações desadaptadas e excessivas, que são persistentes e vão além do controle do sujeito, provocando reações de fuga e comprometimento no funcionamento do indivíduo (Castillo, Recondo, Asbahr & Manfro, 2000).

1.2 Tratamento

No que tange aos tratamentos desses transtornos ansiosos, de uma forma geral, a psicoterapia, baseada na Terapia Cognitivo-Comportamental, que é apontada por um grande número de estudiosos como a principal abordagem cognitiva da atualidade, vem se mostrando uma ferramenta eficaz para este fim e adaptável para diferentes níveis de educação, renda, idade e culturas (Castillo, Recondo, Asbahr & Manfro, 2000; Souza & Candido, 2010; J. Beck, 2013). Desenvolvida na década de 60, por Aaron T. Beck, a Terapia Cognitiva (TC) é uma psicoterapia breve e estruturada, com foco no presente e com o fim de desenvolver os problemas atuais do paciente através da reestruturação de seus pensamentos distorcidos e comportamentos, conforme corrobora a autora J.

Beck (2013). Uma vez que a TC entende que os sentimentos não são influenciados pela situação em si, mas sim pelo modo como as pessoas percebem e estruturam a realidade, isso surtirá influência em seus sentimentos e comportamentos (Knapp & Beck, 2008). Nessa perspectiva, entende-se que os transtornos psicológicos se dão devido a uma maneira disfuncional de indivíduos mal ajustados perceberem os acontecimentos da realidade (Beck, Rush, Shaw & Emery, 1997).

A partir disso, entende-se que a pessoa ansiosa gera imagens que levam ao aparecimento de sintomas fisiológicos para alimentar o sistema ansioso e estes interferem nas possíveis estratégias que ela normalmente teria para enfrentar a situação, fazendo-a distorcer acontecimentos inofensivos ou pouco perigosos. Dessa forma, a TCC aplicada ao tratamento da ansiedade visa reduzir esta ansiedade mostrando ao paciente como perceber, avaliar, alterar e ter controle sobre os pensamentos desestruturados que provocam e reforçam o estado ansiogênico, como citado por Hawton, Salkovskis, Kirk e Clark (1997). Além disso, é importante destacar sobre a abordagem terapêutica:

“O tratamento também está baseado em uma conceituação, ou compreensão, de cada paciente (suas crenças específicas e padrões de comportamento). O terapeuta procura produzir de várias formas uma mudança cognitiva - modificação no pensamento e no sistema de crenças do paciente - para produzir uma mudança emocional e comportamental duradoura.” (J. Beck, 2013, p. 22).

1.3 Objetivo

Ante o exposto, justifica-se o estudo do tema com a alta prevalência dos Transtornos de Ansiedade, visto que, em termos clínicos, eles vêm se caracterizando, atualmente, como um dos principais problemas da população, necessitando pesquisas a fim de propagar e esclarecer, a comunidade científica ou a quem possa ser útil, acerca de tratamentos flexíveis, que sejam capazes de acompanhar a vida cotidiana atual, bem como que sejam efetivos na área. Visto que a abordagem escolhida atende a estes pontos, ela é vista como forma relevante de tratamento, mostrando-se efetiva na terapêutica desse problema atual e, mais especificamente, nos sintomas manifestados no caso clínico que será apresentado.

Nesse sentido, objetiva-se com esse trabalho, através da apresentação de um caso clínico, ampliar as informações sobre o tratamento de transtornos de ansiedade utilizando a Terapia Cognitivo-Comportamental, principalmente no que condiz o tratamento para o transtorno de ansiedade generalizada, tendo em vista que a paciente em tratamento era polissintomática e fundamentado nas definições dos transtornos ansiosos anteriormente referidos e nos critérios diagnósticos do DSM-5 será trabalhado com a hipótese diagnóstica de TAG.

2. RELATO DE CASO

A experiência descrita neste trabalho faz parte de um estudo clínico, no qual foi utilizada a abordagem teórica Cognitivo-Comportamental na condução das sessões psicoterapêuticas. A paciente foi escolhida mediante a alta prevalência dos transtornos de ansiedade, o que despertou interesse de estudar com maior profundidade o caso em questão, visto que ela apresentava sintomas de TAG bastante evidentes.

No que corresponde à metodologia da escrita do presente trabalho. Após iniciar o tratamento, a bibliografia foi buscada nas bases de dados SciELO, Periódicos Capes, Google Scholar e livros de psicologia. A construção do texto foi concomitante à realização do tratamento, onde à medida que as sessões eram realizadas, iam sendo acrescentadas informações ao corpo textual, com base nas anotações e registros que eram anotadas tanto durante o tratamento quanto depois dele.

2.1 Participante e queixa inicial.

A participante atendida tinha 18 anos no momento do atendimento, era do sexo feminino, solteira e estudante do terceiro ano do ensino médio. Com o intuito de preservar sua identidade, será utilizado a letra R. para representá-la. R. morava com os pais e sua irmã mais nova, com os quais mantém um bom relacionamento, baseado em bastante diálogo. O tratamento psicoterapêutico foi iniciado e conduzido, em média, durante 4 meses, totalizando, no final, 14 sessões de tratamento, com aproximadamente 60 minutos de duração cada.

Para isso, foram utilizadas técnicas da Terapia Cognitivo-Comportamental, partindo do princípio do estudo feito por Reyes, A. N., e Fermann, I. L. (2017), onde foi evidenciada a eficácia da TCC no tratamento do Transtorno de Ansiedade Generalizada. A paciente apresentou como queixa inicial a ocorrência de episódios claustrofóbicos e crises de ansiedade, que vinham se apresentando desde o ano anterior e aumentaram muito com a pressão da preparação para o vestibular que ela enfrentava no período.

2.2 História da paciente

R. se descreve como uma pessoa com vários medos desde criança. Por conta disso, precisou fazer terapia aos 9 anos de idade, pois tinha medo de dormir no escuro e sozinha, no entanto,

finalizou o tratamento antes de completá-lo. A paciente não manifesta história médica complicada, com nenhum problema de saúde física ou mental. Esta relatou nunca ter tomado nenhum remédio específico para ansiedade e, atualmente, não faz uso de nenhum medicamento. Além da terapia, que fez quando era criança, não havia buscado nenhum outro tratamento para o que estava sentindo ultimamente.

A ansiedade de R. esteve presente de maneira, considerada por ela, leve, desde sua infância, mas se agravou quando entrou no ensino médio e precisou se preocupar com o vestibular seriado que faria no ano seguinte para tentar cursar a graduação que desejava. Tais crises de ansiedade a levaram a ter prejuízos em suas atividades e nas relações interpessoais, por exemplo, com seu namorado e com seus amigos, pois acabava brigando com eles. Neste ano, a paciente decidiu que queria controlar mais sua ansiedade, uma vez que, atualmente, está no último ano do ensino médio, portanto, irá realizar no final do ano o vestibular, o que a deixa bastante aflita e estressada, tal qual exige muita dedicação e um tempo maior de estudo, pois, além do colégio, ela frequenta um curso preparatório.

Uma queixa comum de R. é que ela se incomoda em não ser boa suficiente no que faz, apesar de ser bastante inteligente, ter facilidade e gosto por estudar, ela acha que não estava conseguindo se dedicar tanto quanto desejava. Foi relatado que ela tem uma autocrítica superior ao que gostaria e que sempre se cobrou muito. Dado comportamento é reforçado por seus pais que são bastante exigentes, logo, ela acaba sofrendo muito, na medida em que se frustra quando não atinge as altas expectativas deles e suas próprias.

Em relação aos medos, a paciente relatou episódios de claustrofobia, por exemplo, dentro de ônibus e elevadores, onde ela descreveu que parecia não saber como respirar e na última situação, só consegue ir acompanhada de alguém e mesmo assim se sentia muito tensa e angustiada. Além disso, também cita um medo muito grande de cachorros, onde diz perder a noção de onde está, suar e sentir o coração acelerado quando se encontra na presença de um. Também alega grande angústia ao ficar sozinha em casa e ter pensamentos ruminantes de que alguém pode invadir o local. Por conta de tudo descrito, ela tem como um dos objetivos não ter tanto medo das coisas ou, ao menos, saber administrar os medos que tem, além de diminuir sua ansiedade.

Sobre os relacionamentos interpessoais, no início do ano, ela terminou um namoro, o que a faz se sentir bastante triste e sozinha. Relata que o apoio que tinha com seus problemas, tanto ansiogênicos como em outros âmbitos, era dado pelo antigo namorado. Além disso, diz ter problemas para se abrir e muito medo de afastar as pessoas, pois não acha que é importante o suficiente para elas.

2.3 Avaliação Inicial

Realizou-se uma avaliação inicial nas três primeiras sessões através de entrevistas, observação clínica e inventários de testes psicológicos (Inventário Beck de Ansiedade e Inventário Beck de Depressão II), contudo, não se fez a utilização de nenhum protocolo específico. Através disso, foi possível identificar a história passada e atual, a história médica, vida afetiva, sintomatologia e queixa inicial da paciente.

Sendo assim, constatou-se que R. apresentava dificuldades em diversas situações que a faziam se sentir ansiosa, como estudar para o vestibular que irá prestar; estar em lugares fechados, como um elevador; preocupação constante com seu futuro e relacionamentos interpessoais, além de crises de ansiedade que ela descreve como sem um motivo prévio. Ademais, ao decorrer do tratamento, também apresentou intenso medo e angústia ao pensar que algo poderia acontecer com as pessoas da sua família, receber notícias ruins ou de ter a casa invadida. Apesar de tantos cenários geradores de ansiedade, não foi observado déficit em situações sociais, nem dificuldade com habilidades sociais.

Em relação aos sintomas físicos advindos das situações ansiogênicas, foi possível observar através dos relatos da paciente e da aplicação do Inventário Beck de Ansiedade (BAI) (Cunha, 2001), onde ela obteve uma ansiedade de grau significativo (25 pontos), que a paciente, com frequência, e geralmente, sem um motivo específico, sente tremor nas pernas e mãos, coração acelerado, sensação de sufocação e dificuldade de respirar, ondas de calor, suor, sensação de rosto queimando, tensão muscular e incapacidade de relaxar. Além de demonstrar, ainda, sintomas psicológicos, como constante medo de que aconteça o pior, nervosismo, sensação de estar aterrorizada e assustada. Todavia, a paciente nunca manifestou ataques de pânico.

Diante dessa questão e baseando-se na polissintomatologia, na variação de humor, assim como nas queixas de ansiedade da paciente em situações de âmbitos diversos, que já duravam mais de 6 meses e causavam prejuízo disfuncional em sua vida acadêmica e afetiva, hipotetiza-se que o diagnóstico seja de Transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG), transtorno comumente verificado na área clínica, visto que R. tem várias fobias, sinais de descontrole ansiogênico variado, ruminações constantes e distorções cognitivas que corroboram para esse quadro. É relevante para se realizar um diagnóstico de TAG, ou levantar uma hipótese diagnóstica, que se faça a observação da presença de sintomas de ansiedade em diferentes áreas, expectativa apreensiva e tensão muscular (Katzman *et al.*, 2014). Diante do exposto, foi possível averiguar a presença de todos esses sintomas na paciente.

Reforçando a ideia e retomando Dalgalarro (2019), a maior característica da TAG seria a presença de sintomas ansiosos e preocupações em âmbitos variados que se mostram de maneira

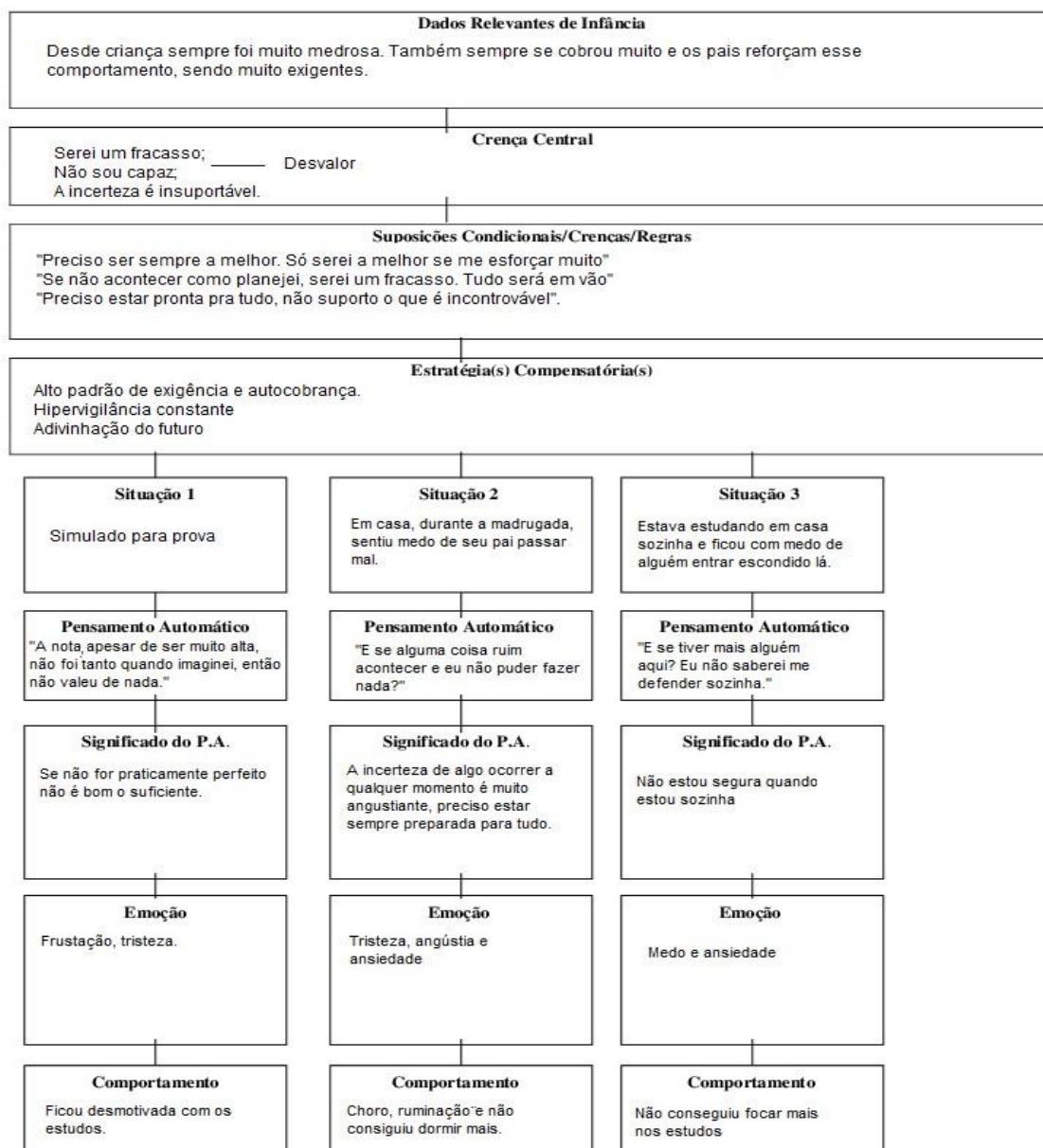
excessiva, na maior parte dos dias e com meses de duração, deixando o indivíduo bastante preocupado, tenso e angustiado. A ansiedade e as preocupações de R. são constantes e ela relata preocupar-se demasiadamente com alguns temas, como preocupação excessiva com seu desempenho escolar, medo de ficar sozinha, tanto fisicamente, como sentimentalmente e medo de não ser boa o suficiente ou ser um fracasso na vida. Nesse sentido, essas preocupações apareciam de modo evidente e muito intenso e, geralmente, eram incontrolláveis e carregados de afetos negativos. Além disso, também existem as situações já referidas, como ambientes fechados. As intensas preocupações, por vezes, são medos de problemas reais do cotidiano, mas ela também apresenta medos e sintomas de cunho ansioso em situações improváveis, como ter alguém escondido em sua casa.

Com o intuito de conhecer melhor os aspectos psicológicos da paciente e descartar hipótese de comorbidade com depressão. Dado que sujeitos que preenchem os critérios de TAG, geralmente, também cumprem para outro transtorno psicológico, principalmente, a depressão maior (Barlow, 2016), foi aplicado também o Inventário Beck de Depressão (BDI II) (Cunha, 2001), onde ela obteve 4 pontos, o que sugere um risco mínimo de depressão.

Ao decorrer das sessões, foi possível traçar sua conceituação cognitiva (Figura 1) e, através de relatos da paciente e das técnicas utilizadas, onde era objetivado entender seus pensamentos automáticos e fazer sua reestruturação cognitiva. Com isso, notou-se que a paciente se cobrava em excesso e que tinha pensamentos muito rígidos acerca dos resultados que queria, onde se estes não saíssem como o esperado, eram considerados sem valor.

DIAGRAMA DE CONCEITUAÇÃO COGNITIVA

Nome do Cliente: R _____ Data: _____
Diagnóstico: Eixo I Transtorno de Ansiedade Generalizada Eixo II _____



1

Figura 1. Diagrama de Conceituação Cognitiva da paciente. Fonte: Beck, J. S. (2013). Terapia cognitivocomportamental: teoria e prática. (2a ed). Artmed Editora.

O senso exagerado de responsabilidade não era restrito somente ao ambiente escolar, mas generalizado para outros aspectos de sua vida, como seus relacionamentos, com frequência, resultando em frustração, em virtude de que ela idealizava um resultado inalcançável e esse comportamento era, muitas vezes, reforçado em casa por seus pais. Dada maneira de pensar acabou

a fazendo desenvolver uma crença de desvalor, onde acabava não acreditando em si e retratava medo de realizar atividades sozinha ou sem auxílio, uma vez que não se sentia segura consigo. Este modo de raciocínio pode ser um dos componentes da manutenção dos sintomas ansiosos, já que R. se sentia ansiosa sempre que ficava sem ninguém em casa ou precisava fazer algo que teria que realizar sem companhia. Quando uma pessoa se sente ansiosa, tende a ter pensamentos acerca de ameaças, perigos e também sobre sua vulnerabilidade, julgando que não é capaz de lidar com determinada situação. Logo, se superestima o perigo e subestima a capacidade de enfrentamento, fazendo com que experiência da ansiedade se dê de modo mais intenso do que normalmente o seria (Greenberger & Padesky, 2016).

Outra situação que elevava sua ansiedade era a preparação para o vestibular. Durante essa fase, grande parte dos adolescentes, principalmente, na etapa do ensino médio, encaram incertezas e inseguranças associadas à cobrança familiar e da própria sociedade. Acrescenta-se a isso, o fato da adolescência ser configurada como uma fase do desenvolvimento marcada por diversas transformações físicas e psíquicas, assim sendo um momento em que podem se manifestar diversos transtornos psicológicos, como ansiedade e depressão (Grolli, Wagner & Dalbosco, 2017). Deste modo, o dado contexto pode contribuir para o surgimento da ansiedade. No caso de R., juntamente com o complexo momento pré-vestibular que ela se encontrava, soma-se a sua autocobrança elevada, sua crença de fracasso e a baixa tolerância a incerteza quanto ao seu futuro e das pessoas que se importa. Logo, ela acredita que essa falta de certeza é perturbadora e estressante e que, dessa forma, ela precisa estar preparada para tudo, e, por conta do caráter negativo que quase sempre atribui aos fatos inesperados, entende que eles precisam ser evitados. De acordo com Greenberger e Padesky (2016), pessoas com alto nível de ansiedade preferem ter certeza de algo negativo do que não saber de algo. Tudo isso resulta e mantém uma ansiedade que ultrapassa o limite e pode, inclusive, prejudicar seu desempenho na futura prova.

Além de tudo isso, outro aspecto que merece atenção, é o fato de que a paciente tinha muitos pensamentos catastróficos e isso fica claro quando ela relata o medo de algo acontecer com sua família ou de ter sua casa invadida. Uma pessoa ansiosa tende a compreender eventos ou estímulos como ameaçadores, ficando mais alerta e, portanto, percebendo mais sinais de ameaça e os interpretando, por vezes, de forma distorcida ou aumentada, conseqüentemente, isso eleva sua preocupação e ansiedade (Petersen C.S., 2011). O dado cenário era trazido com frequência pela paciente que, geralmente, não considerava as evidências mais realistas quando pensava no futuro, enfatizando, assim, somente fatores negativos, ao passo que ignorava os aspectos positivos e, por conseqüência, tinha sua resolução de problemas e tomada de decisão afetadas. Em síntese, com base na conceituação cognitiva, indicada na Figura 1, e na observação dos comportamentos e queixas, foi possível traçar, com auxílio de supervisão, o plano terapêutico da paciente.

2.4 Intervenções

A ansiedade expressa-se em quatro proporções: através das emoções, do comportamento, dos pensamentos e do corpo. Sendo assim, o tratamento deve abranger todas essas dimensões por intermédio de intervenções emocionais, comportamentais, sociais e cognitivas (Petersen, 2011). Foram realizadas 14 sessões, onde se buscou proporcionar à paciente uma redução da ansiedade e um melhor entendimento de seu sistema cognitivo, através de intervenções psicoterapêuticas.

Fundamentado no exposto, nas primeiras duas sessões a paciente descreveu seus comportamentos-problema norteando-se através de perguntas. Baseado nisso, foi feita a psicoeducação, a respeito da Terapia Cognitivo-Comportamental e do funcionamento do sistema cognitivo, tal qual da ansiedade. Ainda nos dizeres de Petersen (2011), o ideal é que o tratamento se inicie com a educação afetiva e familiarização com o modelo de tratamento, através da psicoeducação, uma vez que o tratamento para os transtornos de ansiedade visa ensinar ao paciente como reconhecer os sinais de sua ansiedade e enfrentar a mesma a partir desses sinais.

Após ser familiarizada com o modelo cognitivo, a paciente começou a prestar mais atenção em seus próprios pensamentos, humor e comportamentos diante de diversas situações. A partir disso, foi feito, em conjunto com ela na sessão, a partir da segunda sessão, o Registro de Pensamentos Disfuncionais (J. Beck, 2013), outrossim, foi solicitado que R. realizasse-o em casa, relatando eventos que fossem causa de ansiedade. O exercício foi explorado nas sessões subsequentes, objetivando, a partir dos pensamentos automáticos e crenças disfuncionais, iniciar a reestruturação cognitiva, posteriormente. Contudo, a técnica foi usada somente nas primeiras sessões, já que a paciente não se sentiu muito confortável com ela, pois demandava um tempo em casa para fazê-la e este não era possível para ela, devido sua árdua rotina de estudos. Outras opções foram levantadas, como aplicativos de celular onde era possível anotar os pensamentos e sentimentos apresentados em situações geradoras de ansiedade, mas também não foram adotados com sucesso pela paciente.

Desta maneira, através dos primeiros Registros de Pensamento preenchidos e com o Questionamento Socrático, foi efetuada a reestruturação cognitiva da ansiedade de R., a fim de proporcioná-la uma maneira de detectar e refletir sobre seus erros cognitivos e pensamentos negativos e disfuncionais (J. Beck, 2013). Entre as principais técnicas utilizadas para realizar a reestruturação encontram-se: a apresentação de uma lista com os principais erros cognitivos e a psicoeducação sobre eles, afim de promover a identificação destes, como a catastrofização, leitura mental, adivinhação do futuro e a generalização, erros estes muito comuns em pessoas com ansiedade patológica e trazidos por ela com frequência na sessão; a descatastrofização; o exame de evidências, favorável ou não aos erros cognitivos.

Cada distorção, associada ao medo e ansiedade, identificada era questionada em conjunto com R., fazendo o teste de evidências, tentando modificá-las e buscando desenvolver habilidades de organização de pensamento, auxiliando-a a corrigir suas distorções e interpretações da realidade, de forma sistemática, a fim de perceber possibilidades mais realistas. Uma vez que identificar os próprios padrões de pensamentos que geram ansiedade ajuda a entender as modificações que precisam ser feitas e essa é essa é uma atitude muito importante para uma redução duradoura da ansiedade (Greenberger & Padesky, 2016), objetivou-se, dessa forma, dar início à solução de problemas, onde, para os problemas passíveis de mudança, as questões trazidas eram indagadas e R. era estimulada a pensar maneiras de resolvê-las, para ter escolhas mais conscientes. Por exemplo, estruturar rotinas de estudo e ensinar manejo de tempo para as atividades escolares, com o intuito de aumentar sua confiança no período de preparação para o vestibular, além de prepará-la para o dia em questão. Já para os problemas existentes, mas que não podiam ser modificados por ela, como sua preocupação que algo acontecesse a seus familiares, tinha a discussão focada nas emoções que ela vivenciava com a situação e como lidar com elas. A partir disso, conseqüentemente, foi possível contribuir para uma redução de seus níveis de ansiedade, posto que ela aumentou sua confiança de que seria capaz de lidar com uma situação que poderia dar errado.

Ao final de algumas sessões alternadas, era separado, cerca de 20 minutos, para o treinamento em conjunto com a paciente de técnicas de respiração, como a respiração diafragmática e o relaxamento progressivo, a depender de sua demanda no dia. As quais eram aplicadas com o intuito de reduzir sua ansiedade, bem como a tensão muscular advinda dela. Estes momentos eram muito proveitosos para a paciente, que conseguia sair de cada sessão mais relaxada, principalmente, em semanas mais difíceis de estudo. Além disso, também foi ensinado a ela, com a Técnica de Atenção Plena, a manter sua mente no presente e focar total atenção na sua experiência do momento atual, visto que a maioria dos pensamentos ansiosos tem conteúdo de preocupação com o que se teme que pode acontecer no futuro (Greenberger & Padesky, 2016). Foi orientado que a paciente executasse, com certa frequência, esses exercícios em casa e também a técnica A.C.A.L.M.E-S.E (Rangé, 2011), que é uma estratégia de auxílio nas crises de ansiedade do cotidiano, assim poderia se familiarizar melhor e poder utiliza-la nos possíveis momentos ansiogênicos. Em casos como esse, o relaxamento é a técnica mais utilizada na TCC, já que surte resultados positivos acerca do enfrentamento da situação geradora de ansiedade (Rice & Caballo 2007).

Como mostrado na pesquisa realizada por Willhelm, Andretta e Ungaretti (2015), as técnicas de relaxamento e respiração ajudam efetivamente na diminuição e manejo da ansiedade e também auxiliam nos sintomas corporais, como tensão e rigidez, sintomas estes observados em sessão e relatados pela paciente. Tais técnicas poderiam ser executadas tanto nas crises sem gatilho prévio, que eram frequentes, como nas situações fóbicas. As técnicas foram muito utilizadas nas semanas que antecederam o vestibular ou quando era preciso utilizar um elevador. Dado que em conjunto

com o teste de evidências, nessa última situação, as técnicas de respiração foram as que mais surtiram efeito, uma vez que a paciente consegue enfrentar o objeto fóbico, não havendo, assim, necessidade de utilizar a técnica de exposição, nesse contexto específico.

Devido ao alto padrão de ruminação ansiosa combinado com as distorções cognitivas, como a catastrofização - onde ela antecipava o futuro em termos negativos e acreditava que o que aconteceria seria insuportável - foi feito em sessão uma lista dos medos hierarquizados pela sua intensidade. Dentre eles, foram escolhidos pela paciente alguns (ter sua casa invadida e entrar em um elevador) para realizar uma técnica cognitiva. A parada de pensamento foi realizada junto ao relaxamento progressivo, com o propósito de reduzir o nível de ansiedade sentida. Ela era auxiliada a se sentar de modo confortável e imaginar situações onde se sentia tranquila e calma, logo após o relaxamento. A parada de pensamento ocorria quando uma palma cortava essa imagem e, então, ela era instruída a imaginar, de forma mais realista possível, a situação de medo escolhida. Em seguida, outra palma a induzia a voltar para a cena tranquilizante e a técnica era finalizada, novamente, com o relaxamento. Essa técnica objetiva elevar o controle que o paciente tem acerca de seus pensamentos e imagens mentais, estando consciente de que consegue pará-los. Ela foi praticada em sessão, para que a paciente desenvolvesse a habilidade de realizá-la, de forma autônoma, sempre que tivesse pensamentos ruminantes fora da sessão. Imaginar as situações que lhe causavam ansiedade, dava a ela desconforto no início, mas em longo prazo abaixava sua ansiedade, já que ela era estimulada a imaginar formas de lidar com as situações, abaixando, assim sua ansiedade para um nível tolerável. Quanto mais experiências de exposição o paciente tem, mais confortável com a ansiedade ele fica, logo, mais ela tende a diminuir e, desse modo, aumenta também sua capacidade de enfrentamento (Greenberger & Padesky, 2016).

2.5 Avaliação Final

Foi possível observar na avaliação final do tratamento que as queixas iniciais de ansiedade melhoraram de forma considerável. Além dessas queixas específicas, problemas secundários relacionados a outros âmbitos da vida pessoal de R., que foram trabalhados paralelamente, também obtiveram melhora. Ao longo desse período de tratamento, não se averiguou necessidade de avaliação psiquiátrica, deste modo, a paciente somente utilizou o tratamento psicoterápico, não o complementando com fármacos.

A partir da evolução do tratamento, foi possível ensiná-la a identificar, fazer a avaliação e modificação dos seus pensamentos disfuncionais e também a utilizar de modo independente as técnicas cognitivas e comportamentais trabalhadas em sessão, por exemplo, realizar o teste de evidências ou a parada de pensamento quando se encontra em processo de ruminação. Sendo

assim, R. obteve melhora significativa na diminuição e manejo de sua ansiedade, adquirindo recursos para lidar com ela. Ademais, obteve também um aumento relevante em sua tolerância frente à incerteza e um aprendizado de como lidar melhor com os sentimentos e pensamentos advindos de situações incertas, que geram insegurança.

Ao final do tratamento foi reaplicado o BAI e com isso foi possível realizar a comparação dos dois testes aplicados (Figura 2), onde se pode acompanhar a redução dos sintomas de ansiedade manifestados e a evolução da melhoria da paciente após o tratamento. Percebe-se que a frequência das crises de ansiedade e pensamentos invasivos e negativos diminuíram consideravelmente, tanto nas diversas situações ansiogênicas - tais como ficar sozinha em casa ou entrar sozinha em um elevador, situações que, atualmente, são exercidas com maior facilidade e menos mal estar - quanto no contexto pré-vestibular, onde ela aprendeu a manejar seus pensamentos ruminantes em relação ao resultado da prova e sua performance nesta, além de praticar técnicas de respiração e relaxamento para se acalmar nessa circunstância, como também antes dela. Nesse contexto, ela também apresentou crenças menos rígidas sobre seu desempenho, o que resulta na redução da cobrança e pressão que acabavam por prejudicar suas atividades acadêmicas e seu bem estar.

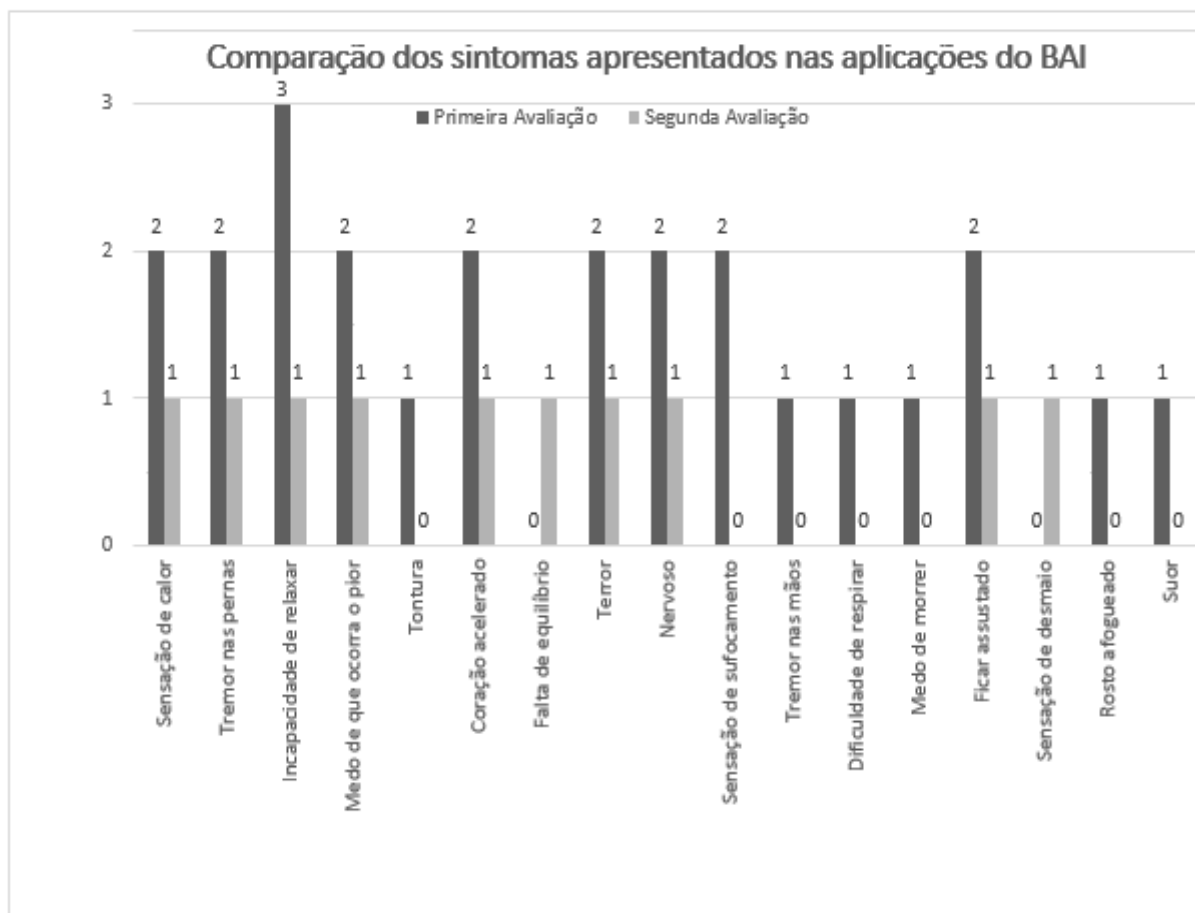


Figura 2. Gráfico de comparação do resultado dos sintomas apresentados na aplicação inicial e final do *Inventário Beck de Ansiedade (BAI)*.

Entretanto, devido ao tratamento ter basicamente realizado a diminuição da intensidade dos sintomas apresentados e uma melhora no funcionamento cognitivo, não se achou pertinente dar alta a paciente. Logo, visto que trata-se de um caso com uma ansiedade relevante, retratando alta sintomatologia, bem como em virtude de se tratar de um tratamento com um número limitado de sessões trabalhadas, apesar dos protocolos recomendarem, em média, 16 sessões (Barlow, 2016), entende-se que o tempo não foi suficiente para concluir o tratamento. Assim, foi aconselhado à paciente que mantivesse o tratamento para que tivesse uma continuação do acompanhamento terapêutico no ano seguinte.

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A ansiedade vem se configurando como um dos principais problemas psiquiátricos da atualidade e apresenta um exponencial crescimento (Vorkapic & Rangé, 2011), uma vez que a sociedade, hoje em dia, exerce grande pressão social e econômica, além dos grandes avanços tecnológicos e da rotina turbulenta em si, que podem ser fatores estressores e desencadeadores de ansiedade. Desse modo, os transtornos ansiosos proporcionam altos prejuízos sociais, físicos e mentais para o indivíduo, por consequência disso, demandam grande requisito de assistência, sendo um grave problema de saúde pública.

A terapia cognitivo-comportamental é uma abordagem que apresenta uma eficácia duradoura acerca desses transtornos, fazendo isso, cognitivamente, através da provocação de modificações na forma disfuncional de pensar ou perceber o ambiente e a causa da ansiedade e, também, fazendo alterações no comportamento para lidar com a ansiedade, para que este seja mais adaptativo (Castillo, Recondo, Asbahr & Manfro, 2000). Esta abordagem é, atualmente, uma das que mais cresce no mundo e é uma das mais procuradas para o tratamento de transtornos psicológicos.

Tal experiência permitiu a observação de elementos facilitadores para a atuação, como o rapport, a cooperação com as técnicas e o entendimento das preferências da paciente para melhor planejamento da condução do caso, assim como a frequência desta e dedicação em generalizar as técnicas aprendidas em terapia. Também existiram elementos que dificultaram o tratamento, como o tempo insuficiente que foi disponível para todo ele ocorrer, devido as férias da paciente; o fato da paciente não de adaptar com algumas técnicas bastante usadas em tratamentos de ansiedade; além de questões secundárias, mas relevantes, que foram trabalhadas concomitantes com a queixa principal e tomaram certo tempo do tratamento.

Conclui-se, após as 14 sessões de tratamento, que houve eficácia dessa abordagem diante do transtorno de ansiedade, com hipótese diagnóstica de Transtorno de Ansiedade Generalizada, se mostrado consoante ao que foi apresentado sobre na literatura. A TCC possibilitou que a paciente desenvolvesse repertórios comportamentais mais eficazes frente a situações ansiogênicas, desse modo, melhorando seu bem-estar e qualidade de vida e reduzindo os sintomas que eram, inicialmente, apresentados. Como referido, o tratamento teve bons resultados, visto que, o objetivo de diminuir a ansiedade foi alcançado. Entretanto, a paciente ainda está sob acompanhamento terapêutico.

Espera-se que tais resultados possam ser ampliados para a prática clínica, bem executada, no manejo de casos ansiosos. A perspectiva refere-se à necessidade de maior investimento em pesquisas e estudos na área acerca da relação dessa abordagem psicológica e dos transtornos ansiosos de forma geral. Realizando também o acompanhamento de toda a evolução da abordagem,

que a cada dia atualiza mais suas técnicas e teorias, com o propósito de nortear melhor futuros tratamentos e testar quais intervenções podem ser mais benéficas para o paciente.

4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Aderka, IM, Hofmann, SG, Nickerson, A., Hermesh, H., Gilboa-Schechtman, E., e Marom, S. (2012). Comprometimento funcional no transtorno de ansiedade social. *Jornal de transtornos de ansiedade*, 26 (3).

Andrade, L. H., Wang, Y. P., Andreoni, S., Silveira, C. M., Alexandrino-Silva, C., Siu, E. R., & Viana, M. C. (2012). Mental disorders in megacities: findings from the São Paulo megacity mental health survey, Brazil. *PloSone*, 7(2), e31879. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3279422/>

APA-American Psychiatric Association. (2014). *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, DSM-5*. Porto Alegre: Artmed.

Barlow, D. H. (2002). *Anxiety and its disorders. The nature and treatment of anxiety and panic* (2nd ed.). Nova Iorque: Guilford.

Barlow, D. H. (2016). *Manual clínico dos transtornos psicológicos: Tratamento passo a passo*. Artmed Editora.

Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1997). *Terapia cognitiva da depressão* (S. Costa, Trad.). Porto Alegre: Artmed.

Beck, J. S. (2013). *Terapia cognitivo-comportamental: teoria e prática*. (2a ed). Artmed Editora.

Beesdo, K., Knappe, S., & Pine, DS (2009). Anxiety and anxiety disorders in children and adolescents: developmental issues and implications for DSM-V. *Clinics Psychiatric*, 32 (3), 483-524. Disponível em: [https://www.psych.theclinics.com/article/S0193-953X\(09\)00056-2/abstract](https://www.psych.theclinics.com/article/S0193-953X(09)00056-2/abstract).

Castillo, Ana Regina GL, Recondo, Rogéria, Asbahr, Fernando R e Manfro, Gisele G. (2000). Transtornos de ansiedade. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 22 (Supl. 2), 20-23. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462000000600006&lng=en&nrm=iso. ISSN 1516-4446.

Clark, D.A & Beck, A.T. (2012). *Terapia cognitiva para os transtornos de ansiedade: ciência e prática*. Porto Alegre: Artmed, 640.

Cunha, J. A. (2001). *Manual da versão em português das Escalas Beck*. São Paulo: casa do psicólogo, 256.

Dalgalarrondo, P. (2019). *Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais*. (3a ed). Artmed Editora.

Greenberger, D., & Padesky, C. A. (2016). *A mente vencendo o humor: mude como você se sente, mudando o modo como você pensa*. Artmed Editora.

Grolli, V., Wagner, M. F., & Dalbosco, S. N. P. (2017). Sintomas Depressivos e de Ansiedade em Adolescentes do Ensino Médio. *Revista de Psicologia da IMED*, 9(1), 87-103. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S2175-50272017000100007&script=sci_abstract&tlng=en.

Hawton, K.;Salkovskis, P. M.; Kirk, J. & Clark, D. M. (1997). *Terapia cognitivo-comportamental para problemas psiquiátricos: um guia prático*. São Paulo: Martins Fontes.

Knapp, P., & Beck, A. T. (2008). Fundamentos, modelos conceituais, aplicações e pesquisa da terapia cognitiva Cognitive therapy: foundations, conceptual models, applications and research. *RevBrasPsiquiatr*, 30 (Supl II). Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462008000600002&lng=en&nrm=iso. ISSN 1516-4446

Katzman, M. A., Bleau, P., Blier, P., Chokka, P., Kjernisted, K., & Van Ameringen, M. (2014). Canadian clinical practic guidelines for the management of anxiety, posttraumatic stress and obsessive-compulsive disorders. *BMC psychiatry*, 14(1), S1. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1186/1471-244X-14-S1-S1>

Martins Jr, C. R., França Jr, M. C., Nucci, A., Martinez, A. R., & Faber, I. (2017). *Semiologia Neurológica Unicamp*. Thieme Revinter Publicações LTDA.

Petersen, C. S. (2011). Evidências de efetividade e procedimentos básicos para Terapia CognitivoComportamental para crianças com transtornos de ansiedade. *Rev. bras. psicoter*, 13(1), 39-50. Disponível em: http://rbp.celg.org.br/detalhe_artigo.asp?id=53

Pereira, S. M., & Lourenço, L. M. (2012). O estudo bibliométrico do transtorno de ansiedade social em universitários. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 64(1), 47-62. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/arbp/v64n1/v64n1a05.pdf>

Rangé, B. (2011). *Psicoterapias cognitivo-comportamentais: um diálogo com a psiquiatria*. In *Psicoterapias cognitivo-comportamentais: um diálogo com a psiquiatria*. (2a ed). Porto Alegre. Artmed

Reyes, A. N., & Fermann, I. L. (2017). Eficácia da terapia cognitivo-comportamental no transtorno de ansiedade generalizada. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 13(1), 49-54. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-56872017000100008&lng=pt&nrm=iso. ISSN 1808-5687.

Ribeiro, W. S., de Jesus Mari, J., Quintana, M. I., Dewey, M. E., Evans-Lacko, S., Vilete, L. M. P., & Ferri, C. P. (2013). The impact of epidemic violence on the prevalence of psychiatric disorders in Sao Paulo and Rio de Janeiro, Brazil. *PloSone*, 8(5), e63545. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3648507/>

Rice, PL & Caballo, V. (2007). *O enfrentamento do estresse: estratégias cognitivocomportamentais*. Caballo VE, organizador. *Manual para o tratamento cognitivocomportamental dos transtornos psicológicos da atualidade*. São Paulo: Editora Santos, 30136.

Sadock, B. J., Sadock, V. A., & Ruiz, P. (2016). *Compêndio de Psiquiatria-: Ciência do Comportamento e Psiquiatria Clínica*. Artmed Editora.

Souza, I.C.W., Candido, C.F.G. (2010). Diagnóstico psicológico e a terapia cognitiva: considerações atuais. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*. 5(2),82-92. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-56872009000200009&lng=pt&nrm=iso. ISSN 1808-5687.

Vorkapic, C. F., & Rangé, B. (2011). Os benefícios do yoga nos transtornos de ansiedade. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 7(1), 50-54. Disponível em:

http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-56872011000100009. ISSN 1808-5687.

Willhelm, A. R., Andretta, I., & Ungaretti, M. S. (2015). Importância das técnicas de relaxamento na terapia cognitiva para ansiedade. *Contextos Clínicos*, 8(1), 79-86. Disponível em: <http://revistas.unisinos.br/index.php/contextosclinicos/article/view/ctc.2015.81.08>

World Health Organization. (2017). Depression and other common mental disorders: global health estimates (No. WHO/MSD/MER/2017.2). *World Health Organization*.