



**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA**  
**INSTITUTO DE PSICOLOGIA**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM**  
**PSICOLOGIA CLÍNICA E CULTURA**

**USO DE IMAGINAÇÃO GUIADA NO TRATAMENTO DE ANSIEDADE**  
**EM PACIENTES ADULTOS NA CLÍNICA PSICOLÓGICA**

**Patricia Regina Lopes Galvão**

**Brasília, DF**  
**Janeiro, 2024**

**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA**  
**INSTITUTO DE PSICOLOGIA**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM**  
**PSICOLOGIA CLÍNICA E CULTURA**

**USO DE IMAGINAÇÃO GUIADA NO TRATAMENTO DE ANSIEDADE**  
**EM PACIENTES ADULTOS NA CLÍNICA PSICOLÓGICA**

**Patricia Regina Lopes Galvão**

Dissertação apresentada ao Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Psicologia Clínica e Cultura, linha de pesquisa Psicologia da Saúde e Processos Clínicos.

Orientadora: Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Eliane Maria Fleury Seidl

Brasília, DF  
Janeiro, 2024



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA  
INSTITUTO DE PSICOLOGIA

BANCA EXAMINADORA:

---

Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Eliane Maria Fleury Seidl – Presidente  
Universidade de Brasília

---

Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Goiara Mendonça de Castilho – Membro Efetivo  
Universidade de Brasília

---

Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Neide Aparecida Micelli Domingos – Membro Efetivo  
Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto

---

Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Elizabeth Queiroz – Membro Suplente  
Universidade de Brasília

## **Agradecimentos**

Agradeço a Deus, pela oportunidade da vida, para seguir evoluindo.

Obrigada ao meu marido e ao meu filho, pelo incentivo e paciência; aos meus pais, por me apoiarem sempre; aos meus clientes e participantes deste estudo, pela interação sempre enriquecedora; ao Dr. Daniel Gonçalves, profissional admirável e grande colaborador dessa pesquisa, pelo tempo usado para me ajudar.

Professora Eliane Seidl, obrigada por me orientar tão bem nessa trajetória, com um relacionamento tão agradável! Você me deu o equilíbrio entre liberdade e exigência, na dose certa. Admiro sua inteligência e produtividade, sua amabilidade e doçura!

Aos demais professores que marcaram minha vida e me estimularam a seguir, a minha gratidão!

## Resumo

A ansiedade é uma resposta natural do corpo diante de situações percebidas como desafiadoras, perigosas ou estressantes. Quando ultrapassa limites normais e se torna persistente, essa resposta pode evoluir para um nível patológico. Um transtorno de ansiedade é um fenômeno complexo e multifacetado, sendo objeto de interesse em diversas áreas, incluindo a psicologia, a neurociência e a psiquiatria. A presente dissertação inclui dois estudos, apresentados em formato de artigo, sendo um de revisão e o segundo, uma pesquisa empírica, com delineamento quase experimental. O primeiro artigo teve por objetivo identificar evidências de que o uso de imaginação guiada, como intervenção não farmacológica, contribui para a redução dos níveis de ansiedade em adultos. Foi realizada uma revisão sistemática, norteadas pelos parâmetros do PRISMA, com busca de artigos revisados por pares, publicados entre 2018 e 2022, nas bases de dados SciELO, SCOPUS e PsycINFO. Foram encontrados 740 estudos e, após triagem e aplicação de critérios de elegibilidade e de exclusão, 12 artigos foram selecionados. Com relação ao delineamento, oito estudos foram randomizados controlados e quatro não aplicaram o critério de randomização. Os 12 estudos indicaram redução estatisticamente significativa do nível de ansiedade dos participantes após intervenção com uso de imaginação guiada. Os estudos indicaram que a técnica pode ser utilizada em diferentes contextos, com variadas populações e comorbidades, sendo favorável como técnica complementar não farmacológica. Conclui-se que a intervenção com imaginação guiada, seja no contexto hospitalar ou não hospitalar, constitui uma forma eficiente de redução dos níveis de ansiedade, conforme os resultados dos estudos da presente revisão sistemática. O segundo artigo objetivou avaliar os efeitos de intervenção com imaginação guiada sobre o nível percebido de ansiedade de pessoas adultas, na clínica psicológica, com delineamento quase experimental. Participaram quatro adultos que passaram por dez sessões: uma de avaliação, oito semanais de intervenção com imaginação guiada e uma de *follow up*, 30 dias depois. Foram realizadas três medidas de comparação (pré-teste, pós-teste e *follow up* após um mês), com uso do Inventário de Ansiedade de Beck (BAI), da subescala de ansiedade da Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS-A) e da *Mini International Neuropsychiatric Interview* - MINI. Relatos dos participantes foram registrados, ao longo das sessões e no *follow up*, e categorizados. Com base em análise não paramétrica (ANOVA de Friedman), os resultados apontaram que os escores dos postos médios da HADS-A no pré-teste foram significativamente maiores do que no pós-teste ( $p=0,024$ ). O valor foi superior no *follow up*, mas ainda se manteve menor que no pré-teste, entretanto a diferença não foi estatisticamente significativa. Não houve diferença estatisticamente significativa no BAI, ainda que os postos médios reduziram no pós-teste e no *follow-up*. Analisando os casos individualmente, os resultados indicaram que os participantes se beneficiaram, de forma variada, da técnica de imaginação guiada, sendo que dois deles se beneficiaram de maneira diferenciada. Divergindo das pesquisas analisadas na revisão sistemática, o estudo de intervenção foi realizado no contexto da clínica psicológica, verificando-se limitações quanto ao número de participantes, ausência de grupo controle e tempo de *follow up*. Conclui-se que a técnica contribuiu para a redução de ansiedade, mostrando-se como um recurso adicional de tratamento em caso de transtorno.

**Palavras-chave:** Ansiedade, Revisão Sistemática, Intervenção, Imaginação Guiada.

## Abstract

Anxiety is the body's natural response to situations perceived as challenging, dangerous or stressful. When it exceeds normal limits and becomes persistent, this response can evolve to a pathological level. Anxiety disorder is a complex and multifaceted phenomenon, being an object of interest in several areas, including psychology, neuroscience and psychiatry. This dissertation includes two studies, presented in article format, one being a review and the second, an empirical research, with a quasi-experimental design. The first article aimed to identify evidence that the use of guided imagery, as a non-pharmacological intervention, contributes to reducing anxiety levels in adults. A systematic review was carried out, guided by PRISMA parameters, searching for peer-reviewed articles, published between 2018 and 2022, in the SciELO, SCOPUS and PsycINFO databases. 740 studies were found and, after screening and applying eligibility and exclusion criteria, 12 articles were selected. Regarding the design, eight studies were randomized controlled and four did not apply the randomization criteria. The 12 studies indicated a statistically significant reduction in participants' anxiety levels after intervention using guided imagery. The studies indicated that the technique can be used in different contexts, with varied populations and comorbidities, being favorable as a complementary non-pharmacological technique. It is concluded that intervention with guided imagination, whether in a hospital or non-hospital context, constitutes an efficient way of reducing anxiety levels, according to the results of the studies in this systematic review. The second article aimed to evaluate the effects of guided imagery intervention on the perceived level of anxiety in adults, in the psychological clinic, with a quasi-experimental design. Four adults participated and went through ten sessions: one assessment session, eight weekly interventions with guided imagination and one follow-up, 30 days later. Three comparison measures were carried out (pre-test, post-test and follow-up after one month), using the Beck Anxiety Inventory (BAI), the anxiety subscale of the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS-A) and the Mini International Neuropsychiatric Interview - MINI. Participants' reports were recorded, throughout the sessions and at follow-up, and categorized. Based on non-parametric analysis (Friedman's ANOVA), the results showed that the mean HADS-A rank scores in the pre-test were significantly higher than in the post-test ( $p=0.024$ ). The value was higher in the follow-up, but still remained lower than in the pre-test, however the difference was not statistically significant. There was no statistically significant difference in the BAI, although the average ranks reduced in the post-test and follow-up. Analyzing the cases individually, the results indicated that the participants benefited, in varying ways, from the guided imagination technique, with two of them benefiting differently. Diverging from the research analyzed in the systematic review, the intervention study was carried out in the context of the psychological clinic, with limitations regarding the number of participants, absence of a control group and follow-up time. It is concluded that the technique contributed to reducing anxiety, proving to be an additional treatment resource in cases of disorder.

**Keywords:** Anxiety, Systematic Review, Intervention, Guided Imagery.

## Sumário

<b>Agradecimentos</b>	<b>4</b>
<b>Resumo</b>	<b>5</b>
<b>Abstract</b>	<b>6</b>
<b>Lista de Figuras</b>	<b>9</b>
<b>Lista de Tabelas</b>	<b>9</b>
<b>Lista de Siglas</b>	<b>10</b>
<b>Introdução</b>	<b>12</b>
<b>Referências</b>	<b>15</b>
<b>Artigo 1. Efeitos do Uso de Imaginação Guiada sobre a Ansiedade em Adultos: uma Revisão Sistemática</b>	<b>16</b>
Resumo/Abstract	16
Introdução	17
Método	21
Resultados	23
Estratégias de Intervenção e Instrumento de Avaliação de Ansiedade	30
Discussão	32
Considerações Finais	34
Referências	36
<b>Artigo 2. Imaginação Guiada na Psicologia Clínica: Análise de uma Intervenção para Ansiedade em Adultos</b>	<b>40</b>
Resumo	40
Abstract	41
Introdução	42
Justificativa, Objetivos e Hipótese	50
Método	50
Delineamento	50
Participantes	50
Instrumentos	54

Procedimentos	55
A Intervenção	58
Aspectos Éticos: Benefícios e Riscos	60
Análise dos Dados	61
Resultados	61
Estatística Descritiva dos Instrumentos Utilizados	61
Análise Não Paramétrica	64
Inventário de Ansiedade de Beck – BAI	64
Subescala de Ansiedade da <i>Hospital Anxiety</i> <i>and Depression Scale</i> – HADS	65
Autorrelato dos Participantes	66
Efeito Calmante	67
Autodescoberta	67
Generalização	68
Discussão	68
Considerações Finais	72
Referências	73
<b>Conclusão da Dissertação</b>	<b>77</b>
<b>ANEXOS</b>	
ANEXO 1. Questionário Sociodemográfico	79
ANEXO 2. <i>Mini International Neuropsychiatric</i> <i>Interview</i> – MINI	80
ANEXO 3. Subescala de Ansiedade da <i>Hospital</i> <i>Anxiety and Depression Scale</i> – HADS-A	118
ANEXO 4. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE	120
ANEXO 5. Roteiros das Sessões de Imaginação Guiada	121

## Lista de Figuras

### Artigo 1

<b>Figura 1.</b> Fluxograma de Seleção dos Artigos com Base no PRISMA	23
---	----

### Artigo 2

<b>Figura 1.</b> ANOVA de Friedman para o BAI no Pré-Teste, Pós-Teste e <i>Follow Up</i>	64
--	----

<b>Figura 2.</b> Comparação das Medidas do BAI, pelo Método <i>Pairwise</i>	65
---	----

<b>Figura3.</b> ANOVA de Friedman para a HADS-A no Pré-Teste, Pós-Teste e <i>Follow Up</i>	66
--	----

<b>Figura 4.</b> Comparação das Medidas da HADS-A, pelo Método <i>Pairwise</i>	66
--	----

## Lista de Tabelas

### Artigo 1

<b>Tabela 1.</b> A Estratégia PICO	22
------------------------------------	----

<b>Tabela 2.</b> Síntese das Informações dos Artigos Selecionados	24
---	----

<b>Tabela 3.</b> Procedimentos de Intervenção e Instrumentos de Avaliação Usados nos Estudos	30
--	----

### Artigo 2

<b>Tabela 1.</b> Características dos Participantes que Não Prosseguiram na Pesquisa	52
---	----

<b>Tabela 2.</b> Caracterização dos Participantes da Pesquisa	53
---	----

<b>Tabela 3.</b> Caracterização dos Participantes da Pesquisa: Nível de Escolaridade, Emprego e Uso de Medicação	53
--	----

<b>Tabela 4.</b> Procedimentos Realizados em Cada Sessão	57
--	----

<b>Tabela 5.</b> Escores dos Participantes, Médias, Desvios-Padrão e Medianas do Grupo, nos Três Momentos para o BAI e HADS-A	62
---	----

<b>Tabela 6.</b> Total das Respostas Afirmativas dos Participantes na MINI, nos Três Momentos	63
---	----

## Lista de Siglas

<b>APA</b>	<i>American Psychological Association</i>
<b>ASSQ</b>	<i>Anxiety Specific to Surgery Questionnaire</i>
<b>BAI</b>	Inventário de Ansiedade de Beck
<b>BSPAS</b>	<i>Burn Specific Pain Anxiety Scale</i>
<b>BVS</b>	Biblioteca Virtual em Saúde
<b>CAEP</b>	Centro de Atendimento e Estudos Psicológicos
<b>CD</b>	Disco Compacto
<b>CEP-CHS</b>	Comitê de Ética em Pesquisa em Ciências Humanas e Sociais
<b>CID-10</b>	Classificação Internacional de Doenças – 10
<b>CINAHL</b>	<i>Cummulative Index to Nursing and Allied Health Literature</i>
<b>CoAP/DASU</b>	Coordenação de Atenção Psicossocial da Diretoria de Atenção à Saúde da Comunidade Universitária
<b>COVID-19</b>	<i>Corona Virus Disease -19</i>
<b>Covitel</b>	Inquérito Telefônico de Fatores de Risco para Doenças Crônicas Não Transmissíveis em Tempos de Pandemia
<b>DSM-5</b>	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtorno Mentais – 5
<b>ECOGA</b>	Escala Cognitiva de Ansiedade
<b>Fiocruz</b>	Fundação Oswaldo Cruz
<b>fMRI</b>	Ressonância Magnética Funcional
<b>FUP</b>	<i>Follow Up</i>
<b>GC</b>	Grupo Controle
<b>GE</b>	Grupo Experimental
<b>GI</b>	Grupo de Intervenção
<b>HADS</b>	<i>Hospital Anxiety and Depression Scale</i>
<b>IF</b>	Intervenção Farmacológica
<b>IG</b>	Imaginação Guiada
<b>IM</b>	Intervenção Mista
<b>INF</b>	Intervenção Não Farmacológica
<b>MCC</b>	Modelo Cognitivo Comportamental
<b>MINI</b>	<i>Mini International Neuropsychiatric Interview</i>

<b>OMS</b>	Organização Mundial de Saúde
<b>ONU</b>	Organização das Nações Unidas
<b>PBEP</b>	Prática Baseada em Evidências em Psicologia
<b>PICO</b>	Paciente, Intervenção, Comparação e "Outcomes"
<b>PMR</b>	Relaxamento Muscular Progressivo
<b>PRISMA</b>	<i>Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses</i>
<b>Sincofarma/DF</b>	Sindicato do Comércio Varejista de Produtos Farmacêuticos do Distrito Federal
<b>SPSS</b>	<i>Statistical Package for Social Sciences</i>
<b>TAG</b>	Transtorno de Ansiedade Generalizada
<b>TAI</b>	<i>Test Anxiety Scale</i>
<b>TCC</b>	Terapia Cognitivo Comportamental
<b>TCLE</b>	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
<b>TEPT</b>	Transtorno de Estresse Pós-Traumático
<b>TOC</b>	Transtorno Obsessivo Compulsivo
<b>UnB</b>	Universidade de Brasília
<b>UTI</b>	Unidade de Tratamento Intensivo

## Introdução

Ser psicóloga foi a escolha mais acertada. Fazer a graduação em psicologia na Universidade de Brasília foi uma grande alegria. Durante quatro, dos cinco anos de curso, fui bolsista de pesquisa pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e, ao final do curso, realizei os estágios obrigatórios em psicologia clínica e em psicologia hospitalar.

Ao me formar, pareceu um caminho natural ingressar no mestrado, e assim o fiz. Sob a orientação do saudoso Prof. Dr. Lincoln da Silva Gimenes, desenvolvi uma pesquisa na área de toxicologia comportamental. Porém, ao final do segundo ano do mestrado, a dinâmica da vida me levou ao estado do Amapá, quando fui selecionada para trabalhar na Rede Sarah de Hospitais de Reabilitação. Foi uma experiência incrível, mas altamente exigente. Entre os oito meses de treinamento e a vida de adulta que se apresentava, não terminei a dissertação.

Por muito tempo esse fato “martelou” na minha cabeça, como algo inacabado que precisava ser finalizado. Mas a vida seguiu seu curso e, após morar em outras cidades, retornei a Brasília. Decidi então que era a hora! Essa lacuna temporal não significou inatividade, mas o meu interesse pela academia nunca acabou.

O retorno ao mestrado acadêmico foi motivado pela prática no consultório e o tema é bem diferente do anterior. Transtornos de ansiedade são muito frequentes na clínica e trazem prejuízos importantes à vida das pessoas. Certa vez ouvi que as pesquisas são autobiográficas e talvez essa também o seja, em parte.

A pesquisa que aqui apresento é um ato de empatia com aqueles que sofrem com os transtornos de humor. É com satisfação que apresento os resultados dos esforços em comprovar que uma técnica não farmacológica pode ser útil na redução de ansiedade.

A ansiedade é uma experiência humana comum que todos nós enfrentamos em algum momento de nossas vidas. Trata-se de uma resposta natural do corpo diante de situações percebidas como desafiadoras, perigosas ou estressantes. No entanto, quando a ansiedade ultrapassa limites normais e se torna persistente, interferindo significativamente na qualidade de vida, pode evoluir para um transtorno de ansiedade.

Esse fenômeno complexo e multifacetado tem sido objeto de estudo em diversas áreas, incluindo a psicologia, a neurociência e a psiquiatria. A ansiedade pode manifestar-se de diferentes formas, desde preocupações excessivas e tensão muscular até sintomas físicos como palpitações e sudorese. Compreender as raízes e os mecanismos subjacentes à ansiedade é fundamental para desenvolver estratégias eficazes de prevenção e intervenção. É importante buscar ajuda profissional e saber que existem diversas abordagens terapêuticas disponíveis para lidar com esse desafio emocional.

Uma abordagem científica que proporciona uma perspectiva rigorosa para relacionar e divulgar teorias, práticas e intervenções é a Prática Baseada em Evidências em Psicologia – PBEP. Esse movimento emerge como um paradigma fundamental e progressista no campo da psicologia e enfatiza a utilização de métodos de pesquisa empiricamente validados para embasar decisões clínicas e promover o avanço contínuo do conhecimento psicológico. Na década de 1990 já se destacava a importância da definição de terapias apoiadas empiricamente e a necessidade de se estabelecerem critérios para identificar intervenções psicológicas com respaldo científico (Chambless & Hollon, 1998).

Em 2008, Alan E. Kazdin explorou, em seu artigo, as oportunidades proporcionadas pela prática baseada em evidências, discutindo como ela pode aprimorar a relação entre pesquisa e prática clínica. (Kazdin, 2008). Em 2014, a

American Psychological Association (APA) apresentou uma visão abrangente sobre a prática baseada em evidências na psicologia, destacando diretrizes e princípios essenciais (Dozois et al., 2014). A APA já havia definido em 2006 a prática baseada em evidências em psicologia como o processo individualizado de tomada de decisão clínica que ocorre por meio da integração da melhor evidência disponível com a perícia clínica no contexto das características, cultura e preferências do cliente. Os três componentes da definição – evidências de pesquisa, repertório do clínico e idiossincrasias do cliente – possuem o mesmo grau de importância na determinação da melhor conduta para cada cliente (Leonardi & Meyer, 2015).

A psicologia baseada em evidências transforma o cenário clínico, promovendo a integração contínua entre pesquisa e intervenção psicológica, evidenciando seu papel crucial na promoção de tratamentos eficazes e adaptáveis às necessidades individuais dos clientes. Este estudo explorará algumas nuances da ansiedade, examinando especialmente um tipo de tratamento não farmacológico que tem aplicação na psicologia clínica e hospitalar: a visualização guiada. Para tanto, a dissertação se dividiu em dois artigos.

O primeiro artigo é uma revisão sistemática, com publicação na Revista Brasileira de Terapias Cognitivas (volume 19, fascículo 2, 2023), apresentando os resultados de pesquisas empíricas sobre imaginação guiada e ansiedade. Nesse artigo, estão apresentadas informações sobre estudos de intervenção realizados nos últimos cinco anos, em diferentes contextos, e seus resultados correspondentes.

O segundo artigo é uma pesquisa empírica, com um delineamento quase-experimental, realizada com quatro participantes adultos na clínica. A amostra apresenta sintomas característicos de transtorno de ansiedade e recebeu intervenção com imaginação guiada. Foram realizadas três medidas de ansiedade: antes da

intervenção, depois da intervenção e um mês após a última sessão de intervenção. Ao final, os resultados da pesquisa de intervenção são discutidos à luz da literatura encontrada na revisão sistemática. No que concerne à estrutura de apresentação, da introdução e dos dois artigos na presente dissertação, optou-se por inserir o resumo e o abstract, assim como as referências, de cada um deles, sequencialmente.

### Referências

- Chambless, D. L., & Hollon, S. D. (1998). Defining empirically supported therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 66*(1), 7 – 18. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.66.1.7>
- Dozois, D. J., Mikail, S. F., Alden, L. E., Bieling, P. J., Bourgon, G., Clark, D. A., Drapeau, M., Gallson, D., Greenberg, L., Hunsley, J., & Johnston, C. (2014). The CPA Presidential Task Force on Evidence-Based Practice of Psychological Treatments. *Canadian Psychology, 55*(3), 153–160. <https://doi.org/10.1037/a0035767>
- Kazdin, A. E. (2008). Evidence-based treatment and practice: New opportunities to bridge clinical research and practice, enhance the knowledge base, and improve patient care. *American Psychologist, 63*(3), 146–159. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.63.3.146>
- Leonardi, J. L., & Meyer, S. B. (2015). Prática baseada em evidências em psicologia e a história da busca pelas provas empíricas da eficácia das psicoterapias. *Psicologia: Ciência e Profissão, 35*, 1139 – 1156. <https://doi.org/10.1590/1982-3703001552014>

## Artigo 1

### Efeitos do Uso de Imaginação Guiada sobre a Ansiedade em Adultos: uma Revisão Sistemática

#### Resumo

Este estudo teve por objetivo identificar evidências de que o uso de imaginação guiada, como intervenção não farmacológica, contribui para a redução dos níveis de ansiedade em adultos. Foi realizada uma revisão sistemática, norteadas pelos parâmetros do PRISMA, com pesquisa de artigos revisados por pares, publicados entre 2018 e 2022, nas bases de dados SciELO, SCOPUS e PsycINFO. Foram encontrados 740 estudos e, após triagem e aplicação de critérios de elegibilidade e de exclusão, 12 artigos foram selecionados. Os 12 estudos indicaram redução estatisticamente significativa do nível de ansiedade dos participantes após intervenção com uso de imaginação guiada. Com relação ao delineamento, oito estudos foram randomizados controlados e quatro não aplicaram o critério de randomização. As amostras dos estudos foram adultos em contextos diversos. Comparativamente ao uso de relaxamento muscular progressivo, a imaginação guiada mostrou-se mais eficaz. Os estudos indicaram que a técnica pode ser utilizada em diferentes contextos, com variadas populações e comorbidades, sendo favorável como técnica complementar não farmacológica. Conclui-se que a intervenção com imaginação guiada, seja no contexto hospitalar ou não hospitalar, constitui uma forma eficiente de redução dos níveis de ansiedade, conforme os resultados dos estudos da presente revisão sistemática.

**Palavras-chave:** Revisão sistemática. Ansiedade. Imaginação. Psicoterapia

#### Abstract

This study aimed to identify evidence that the use of guided imagery, as a non-pharmacological intervention, contributes to reducing anxiety levels in adults. A systematic review was carried out, guided by PRISMA parameters, with a search for peer-reviewed articles, published between 2018 and 2022, in the SciELO, SCOPUS and PsycINFO databases. 740 studies were found and, after screening and applying eligibility and exclusion criteria, 12 articles were selected. The 12 studies indicated a statistically significant reduction in participants' anxiety levels after intervention using guided imagery. Regarding the design, eight studies were randomized controlled and four did not apply the randomization criteria. The study samples were adults in different contexts. Compared to the use of progressive muscle relaxation, guided imagery proved to be more effective. The studies indicated that the technique can be used in different contexts, with varied populations and comorbidities, being favorable as a complementary non-pharmacological technique. It is concluded that intervention with guided imagination, whether in a hospital or non-hospital context, constitutes an efficient way of reducing anxiety levels, according to the results of the studies in this systematic review.

**Keywords:** Systematic review. Anxiety. Imagery. Psychotherapy

A ansiedade é um tema cada vez mais presente na atualidade, assim como a observação de sua incidência na população geral, em especial após o panorama pandêmico. A Organização Mundial da Saúde estima que a prevalência global de ansiedade aumentou em 25% entre 2020 e 2021, de acordo com um dossiê científico divulgado em março de 2022 (Organização das Nações Unidas [ONU], 2022). No Brasil, dados preliminares de uma pesquisa do Ministério da Saúde (Fundação Oswaldo Cruz [Fiocruz], 2020) mostraram que 86,5% dos participantes apresentavam ansiedade, com níveis diversos de gravidade. Esse foi o resultado preliminar da análise de 17.491 indivíduos, com média de idade igual a 38,3 anos, variando entre 18 e 92 anos, em estudo realizado pelo órgão federal.

Porém, antes mesmo do cenário pandêmico, estudos identificavam a alta prevalência de transtornos de ansiedade. Mangolini et al. (2019) realizaram uma revisão de literatura com buscas nas bases de dados PubMed, LILACS e Google Acadêmico, de 2007 a 2017, com os descritores “epidemiologia”, “transtornos de ansiedade”, “prevalência” e “Brasil”. O objetivo era identificar a frequência, os fatores determinantes e o uso de serviços de saúde disponíveis para o tratamento dos transtornos de ansiedade no País. Os resultados revelaram uma prevalência-ano desses transtornos de até 19,9% em algumas regiões do Brasil. Os autores constataram que os estudos avaliados, em sua maioria, comentavam a importância da implementação de serviços públicos abrangentes que pudessem fornecer uma rede de apoio para as necessidades da população.

Dada sua alta prevalência, a ansiedade é a segunda principal causa de incapacitação entre os transtornos mentais, ficando atrás apenas dos quadros depressivos, segundo Santomauro et al. (2021). De acordo com esses autores, em comparação com todas as doenças físicas e mentais nos últimos 25 anos, os

transtornos de ansiedade se mantiveram estáveis, variando entre a 17ª e a 18ª posição nos países de renda elevada. No Brasil, considerado país emergente de renda média, o perfil epidemiológico tende a se assemelhar ao dos países desenvolvidos. No entanto, apesar dos números alarmantes, ainda se sabe pouco sobre os fatores determinantes e o impacto social da ansiedade.

Não há quem já não tenha se percebido ansioso em algum momento. A ansiedade pode ser considerada uma resposta adaptativa, já que promove um estado de alerta diante de situações amedrontadoras, perigosas ou percebidas como ameaçadoras, por exemplo. A quinta edição do *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais* (DSM-5; American Psychiatric Association [APA], 2014) define: “Os transtornos de ansiedade incluem transtornos que compartilham características de medo e ansiedade excessivos e perturbações comportamentais relacionados. Medo é a resposta emocional a ameaça iminente real ou percebida, enquanto ansiedade é a antecipação de ameaça futura” (p.189). Ainda segundo o DSM-5, a maioria dos transtornos de ansiedade ocorre com mais frequência em indivíduos do sexo feminino do que nos do masculino (proporção de aproximadamente 2:1). Muitos transtornos de ansiedade se desenvolvem na infância e tendem a persistir se não forem tratados.

A ansiedade é caracterizada por um estado de apreensão e excitação, e, até certo ponto, pode ser considerada saudável (Carvalho et al., 2019). Segundo Clark e Beck (2014), a ansiedade é uma emoção voltada para o futuro que, a partir da identificação de eventos possivelmente ameaçadores, pode dar início a alguns sintomas físicos (taquicardia, falta de ar, dor no peito ou tensão muscular), cognitivos (medo de perder o controle, de ser incapaz de enfrentar a situação, de dano físico ou de morte, baixa concentração ou perda de objetividade), comportamentais (evitação de situações de ameaça, fuga, busca de segurança, imobilidade ou dificuldade para falar)

ou emocionais (sentir-se nervoso, tenso, assustado ou impaciente). Quando esses sintomas passam a interferir na vida do indivíduo, trazendo prejuízos para a realização de suas atividades cotidianas, essa ansiedade é caracterizada, portanto, como um transtorno de ansiedade.

O impacto da ansiedade patológica na vida de um indivíduo mostra-se um desafio para a ciência, tanto em termos de diagnóstico como de tratamento (Baptista et al., 2020). Para a avaliação dos sintomas e a realização/confirmação do diagnóstico de ansiedade, várias medidas foram desenvolvidas, principalmente de autorrelato (Clark & Beck, 2012). Avanços têm sido realizados na avaliação da ansiedade, e uma medida mais recente, a Escala Cognitiva de Ansiedade (ECOGA), enfatiza os aspectos cognitivos específicos dos transtornos de ansiedade. A ECOGA é um instrumento baseado no modelo cognitivo de Beck e mostra-se útil para avaliar e tratar os sintomas cognitivos de pacientes no contexto clínico e/ou hospitalar (Baptista et al., 2020).

O tratamento da ansiedade envolve diferentes profissionais, entre eles médicos e psicólogos, e é realizado com intervenções farmacológicas, não farmacológicas e/ou mistas. Também se observam desafios com relação ao tratamento da ansiedade, já que as intervenções farmacológicas geralmente prescrevem o uso de ansiolíticos, em especial benzodiazepínicos (Andrade et al., 2020). Estudos recentes, como o de Diogo et al. (2023), apontam para a necessidade de investimentos em outras formas de tratamento da ansiedade para diminuir o uso desses medicamentos, os quais podem gerar dependência grave.

Uma forma combinada ou alternativa de tratamento inclui o uso das intervenções não farmacológicas (INFs), que tem sido cada vez mais incentivado para evitar o abuso de substâncias, reduzir efeitos colaterais de medicamentos e diminuir

custos financeiros de tratamentos. Segundo Pinheiro (2019), as INFs são frequentemente implementadas porque complementam as medidas farmacológicas, reduzindo a necessidade de medicação. Além disso, promovem conforto e bem-estar ao paciente, pelo controle da ansiedade.

As INFs consistem na aplicação de técnicas ou procedimentos de prevenção ou tratamento, sem uso de medicamentos, podendo ser divididas em diferentes categorias: (a) psicológicas (cognitivas ou comportamentais), como distração, imaginação guiada, hipnose, realidade virtual; (b) física, como massagem corporal; (c) ambiental, como o uso da sala de indução; (d) social, permitindo a presença de apoio social/de alguma pessoa; e (e) suporte emocional, em que se enquadram o *reiki*, o toque terapêutico e a escuta ativa (Manyande et al., 2015).

Dentre as INFs psicológicas, destacam-se as técnicas imagéticas. Segundo Holmes e Mathews (2010), as técnicas imagéticas têm sido utilizadas cada vez mais em abordagens psicoterapêuticas e o número de estudos sobre imagens mentais tem aumentado, seja verificando sua eficácia como aplicação terapêutica, seja analisando-as como parte de pensamentos intrusivos em populações clínicas.

Intervenções como a imaginação guiada são descritas por Beck et al. (2005) desde a década de 1980, o que era chamado de “substituir imagem” e consistia em sugerir ao paciente que pensasse na substituição de uma imagem espontânea angustiante por uma imagem agradável. A aplicação dessa técnica se dá por meio de relaxamento e de visualização.

Para Muller et al. (2009), a intervenção mediante técnicas de relaxamento e de visualização em psicologia da saúde tem auxiliado no tratamento de doenças, ampliando a compreensão do processo saúde-doença. Para as autoras, as imagens de cura visualizadas tendem a estimular o sistema imunológico e trazem bem-estar, o que

auxilia o paciente a comportar-se ativamente na recuperação da sua saúde e em seu processo psicoterapêutico.

Tendo em vista que o transtorno de ansiedade é considerado um problema de saúde pública, há uma necessidade científica de se conhecer e desenvolver melhores formas de tratá-lo. Ademais, as formas não farmacológicas de tratamento podem contribuir para a redução do uso de medicamentos com potencial de induzir dependência/adição. Assim, o objetivo deste estudo de revisão sistemática de literatura foi identificar evidências de que o uso de imaginação guiada como intervenção não farmacológica contribui para a redução de níveis de ansiedade em pessoas adultas.

### **Método**

Esta revisão sistemática baseou-se em parâmetros do protocolo PRISMA – *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses* (Liberati et al., 2009), tendo sido realizada entre os meses de dezembro de 2022 e janeiro de 2023. A questão norteadora deste estudo foi: o uso de imaginação guiada contribui para a redução da ansiedade em pessoas adultas?

Considerando o movimento da prática baseada em evidências (Goodheart et al., 2006), este estudo utilizou a estratégia PICO para a construção da pergunta de pesquisa e a busca bibliográfica, conforme a Tabela 1.

Foi realizada uma busca por estudos empíricos nas bases de dados SciELO, SCOPUS e PsycINFO, em artigos revisados por pares. Os descritores utilizados em português foram “ansiedade AND intervenção AND (imaginação guiada OR relaxamento com imagem guiada)”, e seus correspondentes em inglês foram “anxiety AND intervention AND (guided imagery OR relaxation with guided image)”. Apesar de a pesquisa ter sido feita em português e em inglês, não foi

aplicado filtro de idioma. Restringiu-se a busca a título e resumo do artigo para os anos de 2018 até 2022 (cinco anos).

**Tabela 1**

*A Estratégia PICO*

<b>Acrônimo</b>	<b>Definição</b>	<b>Descrição</b>
P	Paciente ou Problema	adultos com ansiedade ou em contextos ansiogênicos
I	Intervenção	intervenção terapêutica com uso de imaginação guiada ou de relaxamento com imagem guiada
C	Controle ou Comparação	nenhuma intervenção, outra intervenção não farmacológica ou cuidados de rotina
O	<i>Outcomes</i> (desfechos)	redução do nível de ansiedade após a intervenção

Os critérios de elegibilidade incluíram artigos empíricos com população de adultos, com relato de intervenção específica de imaginação guiada, mesmo que associada a outras técnicas. Foram excluídos artigos de revisão de literatura, revisão sistemática, metanálise, teses, dissertações, livros e capítulos de livro. Outros critérios de exclusão foram: artigos sem acesso livre, artigos duplicados, bem como os que não apresentavam em seus resumos informações suficientes para análise dos critérios de elegibilidade.

Inicialmente, foi realizada a busca nas bases de dados, com os referidos descritores. A partir dos resultados encontrados, foram aplicados os critérios de exclusão para aqueles artigos que, já no título, se mostraram irrelevantes ou inadequados. Os artigos que não puderam ser avaliados pelo título foram analisados pelo resumo. Essa triagem levou à seleção de registros que continham informações

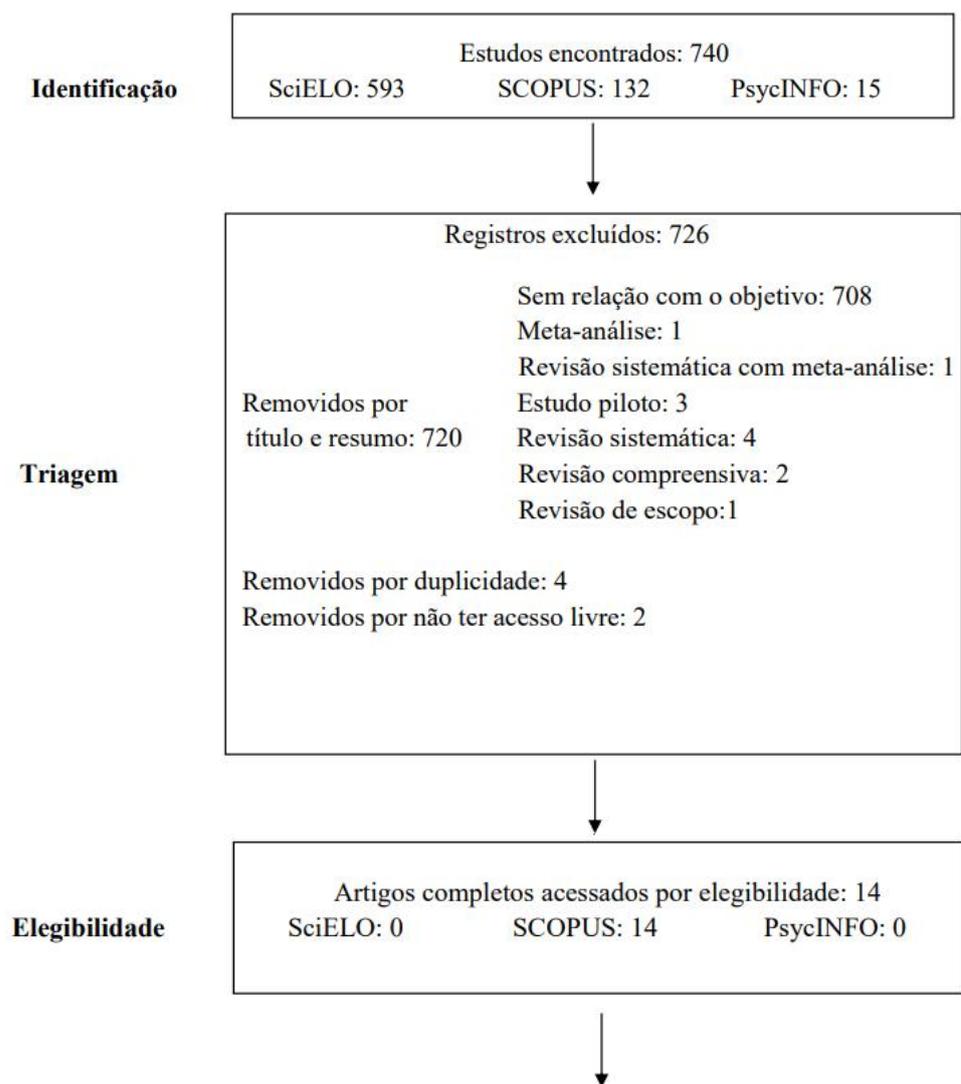
relevantes, conforme os critérios de inclusão. Em seguida, foram analisados, na íntegra, todos os artigos que preenchiam os critérios de inclusão.

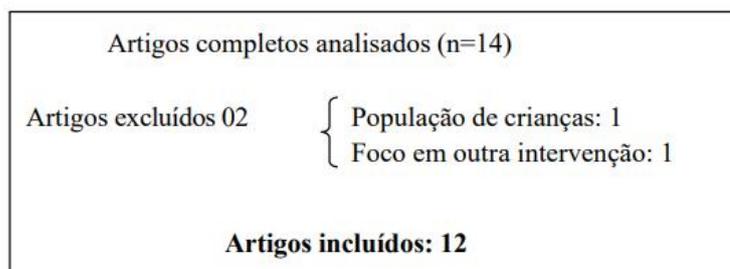
## Resultados

O total de resultados da busca nas três bases de dados foi de 740 publicações. A Figura 1 mostra o processo de triagem e seleção que levou à escolha final de 12 artigos.

**Figura 1**

*Fluxograma de Seleção dos Artigos, com Base no PRISMA*



**Incluídos**

A Tabela 2 apresenta informações dos 12 artigos selecionados. Os artigos estão em ordem alfabética, com seus respectivos anos de publicação, informações sobre país de origem, delineamentos, objetivos, populações estudadas e resultados principais.

**Tabela 2***Síntese das Informações dos Artigos Selecionados*

Autores, país de origem e delineamento	Objetivo	Participantes, grupos e intervenções	Síntese dos resultados
Acar & Aygin (2019). Turquia.  Estudo experimental prospectivo randomizado controlado.	Determinar os efeitos da imaginação guiada aplicada no perioperatório sobre náusea, satisfação e ansiedade.	Adultos em perioperatório (n=60).  GI (n=30): imaginação guiada 1 vez no pré-operatório e 5 vezes no pós-operatório (1x no 1º dia, 2x no 2º e no 3º dias). GC (n=30): tratamento padrão e cuidados de enfermagem.	Diferença estatisticamente significativa na pontuação no ASSQ (24ª, 48ª e 72ª horas) (p=0,05). O escore do ASSQ do GC, nas 24ª e 48ª horas foi significativamente maior do que o do GI (p=0,009).
Afshar et al. (2018). Irã.  Ensaio controlado randomizado.	Investigar os efeitos da imaginação guiada na ansiedade estado e traço e na qualidade do sono de pacientes em	Pacientes adultos em hemodiálise (n=70).  GI (n=35): imaginação guiada, 6 vezes por semana, por 4 semanas	GI apresentou resultado significativamente inferior em ansiedade no pós-teste, comparado com o GC, tanto ansiedade-traço quanto

	hemodiálise.	GC ( $n=35$ ): cuidados de rotina.	ansiedade-estado ( $p<0,001$ ).
Aghakhani et al. (2022). Irã.  Ensaio controlado randomizado simples-cego.	Determinar o efeito da imaginação guiada na qualidade e gravidade da dor e da ansiedade relacionada à dor em situação de troca de curativos em pacientes queimados.	Pacientes adultos queimados ( $n=70$ ).  GI ( $n=35$ ): 4 sessões de imaginação guiada, por 4 dias consecutivos.  GC ( $n=35$ ): cuidados de rotina.	Redução significativa da ansiedade relacionada à dor no GI comparada ao GC ( $p<0,001$ ).
Alhawatme et al. (2022). Jordânia.  Estudo com 3 grupos, randomizado, simples-cego.	Examinar os efeitos diferenciais do relaxamento muscular progressivo [PMR] e da imaginação guiada sobre os sintomas físicos e emocionais em estudantes de enfermagem em seu treinamento clínico inicial.	Estudantes de enfermagem ( $n=150$ ).  GI 1 ( $n=50$ ): relaxamento muscular progressivo. GI 2 ( $n=50$ ): imaginação guiada. GC ( $n=50$ ): controle.	Diferença significativa entre os 3 grupos ( $p<0,001$ ). Imaginação guiada reduziu significativamente os sintomas de ansiedade, mais do que o PMR ( $p=0,004$ ).
Beizae et al. (2018). Irã, Reino Unido e Noruega.  Ensaio clínico quase-randomizado controlado.	Investigar o efeito da imaginação guiada na ansiedade, depressão e sinais vitais em pacientes em hemodiálise.	Pacientes adultos em hemodiálise ( $n=80$ ).  GI ( $n=40$ ): imaginação guiada 3 vezes por semana, por 4 semanas. GC ( $n=40$ ): cuidados de rotina.	Nível de ansiedade foi significativamente menor no GI em comparação ao GC ( $p=0,03$ ).

<p>Cole et al. (2021). Estados Unidos.</p> <p>Estudo quase experimental com 3 medições (linha de base, 24 horas e 48 horas).</p>	<p>Avaliar a intervenção de imaginação guiada para alterar os escores de dor, de ansiedade e de uso de analgesia opióide entre adultos hospitalizados em um ambiente de cuidados intensivos.</p>	<p>Pacientes adultos internados com diferentes condições clínicas (<math>n=36</math>).</p> <p>GI (<math>n=36</math>): imaginação guiada, 2 vezes por dia.</p>	<p>As médias das três medidas (linha de base, 24<sup>a</sup> hora e 48<sup>a</sup> hora) mostraram redução estatisticamente significativa da ansiedade. Verificaram-se diferenças significativas (<math>p &lt; 0,001</math>) para as medidas de ansiedade (segunda e terceira medidas).</p>
<p>Felix et al. (2018). Brasil.</p> <p>Ensaio clínico randomizado triplo-cego.</p>	<p>Avaliar o efeito do relaxamento com imaginação guiada sobre a ansiedade-estado e os níveis de cortisol no pré-operatório imediato em pacientes submetidos à cirurgia bariátrica.</p>	<p>Pacientes submetidos à cirurgia bariátrica por videolaparoscopia (<math>n=24</math>).</p> <p>GE (<math>n=12</math>): sessão de imaginação guiada associada a relaxamento.</p> <p>GC (<math>n=12</math>): tratamento padrão.</p>	<p>Redução estatisticamente significativa dos escores de ansiedade-estado (<math>p&lt;0,005</math>) após a intervenção.</p>
<p>Lu et al. (2022). Taiwan.</p> <p>Estudo controlado randomizado com medidas pré e pós intervenção.</p>	<p>Avaliar os efeitos da meditação com imagens guiadas na melhora da ansiedade, da qualidade do sono e alívio da dor pós-operatória em pacientes após cirurgia de colecistectomia laparoscópica.</p>	<p>Pacientes em pós-operatório de cirurgia de colecistectomia laparoscópica (<math>n=68</math>).</p> <p>GI (<math>n=34</math>): meditação com imagens guiadas.</p> <p>GC (<math>n=34</math>): cuidados habituais.</p>	<p>Diferença estatisticamente significativa para ansiedade (<math>p=0,01</math>) com redução no GI e melhora da qualidade do sono.</p>
<p>Maghamejad et al. (2020). Irã.</p> <p>Estudo controlado randomizado.</p>	<p>Investigar os efeitos da imaginação guiada na ansiedade de teste entre alunos do 1<sup>o</sup> ano de enfermagem.</p>	<p>Estudantes de enfermagem com ansiedade em situações de prova (<math>n=40</math>).</p> <p>GI (<math>n=20</math>): imaginação guiada, 30 min, 1x ao dia,</p>	<p>Não houve diferença estatisticamente significativa na pontuação média pré-teste, mas na média pós-teste os resultados do GI foram significativamente</p>

		por 1 semana. GC ( $n=20$ ): nenhuma intervenção.	menores que o GC ( $p=0,05$ ). GI reduziu ansiedade ( $p=0,003$ ), comparando pré e pós-teste.
Nguyen & Brymer (2018). Austrália e Reino Unido.  Delineamento intra-sujeito.	Investigar a eficácia da imaginação guiada baseada na natureza na redução da ansiedade.	Pacientes adultos ( $n=48$ ).  GI A ( $n=23$ ): iniciou com imaginação guiada com base na natureza, seguida de imagens urbanas. GI B ( $n=25$ ): iniciou com imaginação guiada com imagens urbanas e depois da natureza.	Escores de ansiedade pós intervenção foram significativamente mais baixos em ambos os tipos de intervenção ( $p<0,001$ ). Para GI A, a redução do escore foi maior do que no GI B, com significância estatística ( $p=0,026$ ).
Parizad et al. (2021). Irã.  Ensaio clínico controlado randomizado, paralelo e simples-cego.	Determinar o efeito da imaginação guiada na ansiedade, dor muscular e sinais vitais em pacientes com Covid-19.	Pacientes com Covid-19 hospitalizados ( $n=110$ ). GI ( $n=55$ ): 10 sessões de treinamento em imaginação guiada, 5 dias consecutivos, duas vezes/dia. GC ( $n=55$ ): cuidados de rotina.	As pontuações médias de ansiedade- estado e ansiedade- traço diferiram significativamente no GI após a intervenção ( $p<0,001$ ). Não houve diferença significativa para o GC nas duas medições ( $p=0,629$ ).
Sanadgol et al. (2020). Irã.  Estudo quase- experimental, pré e pós-teste.	Determinar o efeito da imaginação guiada na ansiedade relacionada à morte entre enfermeiras de UTI.	Enfermeiras de UTI ( $n=50$ ).  GI ( $n=25$ ): imaginação guiada por meio de educação teórica e prática. GC ( $n=25$ ): nenhuma intervenção.	Após um mês de imaginação guiada, o escore médio de ansiedade relacionada à morte diminuiu significativamente no GI ( $p=0,01$ ). Não houve diferença significativa no GC nas duas medições ( $p>0,05$ ).

Nota. GI (grupo intervenção); GC (grupo controle); GE (grupo experimental); ASSQ (*Anxiety Specific to Surgery Questionnaire*)

Quanto aos anos de publicação, nota-se que quatro dos 12 artigos selecionados foram publicados no ano de 2018, enquanto apenas um artigo com essa temática foi identificado no ano seguinte. Foram encontrados dois artigos publicados em 2020, dois em 2021 e três em 2022.

Os 12 artigos foram redigidos em língua inglesa, apesar de um deles ser um estudo realizado no Brasil (Felix et al., 2018). Destaca-se que cinco dos 12 estudos foram realizados no Irã (Afshar et al., 2018; Aghakhani et al., 2022; Maghaminejad et al., 2020; Parizad et al., 2021; Sanadgol et al., 2020), e um estudo foi realizado por autores desse país em parceria com autores do Reino Unido e da Noruega (Beizae et al., 2018). Dentre os demais estudos, um foi realizado nos Estados Unidos (Cole, 2021).

Com relação ao delineamento, identificou-se que oito estudos foram randomizados controlados (Acar & Aygin, 2019; Afshar et al., 2018; Aghakhani et al., 2022; Alhawatmeh et al., 2022; Felix et al., 2018; Lu et al., 2022; Maghaminejad et al., 2020; Parizad et al., 2021), sendo dois deles simples-cegos (Aghakhani et al., 2022; Alhawatmeh et al., 2022), um paralelo simples-cego (Parizad et al., 2021) e um triplo-cego (Felix et al., 2018). Quatro estudos não tiveram o critério de randomização da amostra (Beizae et al., 2018; Cole, 2021; Nguyen & Brymer, 2018; Sanadgol et al., 2020), sendo que um deles não teve grupo-controle (Cole, 2021).

No que se refere aos objetivos, três estudos visaram observar os efeitos da imaginação guiada apenas sobre a ansiedade (Maghaminejad et al., 2020; Nguyen & Brymer, 2018; Sanadgol et al., 2020). Os demais estudos avaliaram os efeitos da intervenção sobre ansiedade e sobre outras condições, como dor, sono, depressão, sinais vitais, náusea ou níveis de cortisol. É importante salientar que, na síntese dos

resultados apresentada na Tabela 2, foram valorizadas as informações referentes à ansiedade, alvo da presente revisão.

As amostras estudadas foram diversificadas, sendo que três pesquisas avaliaram participantes que estavam em pré, peri ou pós-operatório de cirurgias diversas (Acar & Aygin, 2019; Felix et al., 2018; Lu et al., 2022); dois artigos incluíram pacientes em hemodiálise (Afshar, 2018; Beizae et al., 2018); um artigo estudou participantes queimados (Aghakhani et al., 2022); e três deles incluíram estudantes de enfermagem ou de outros cursos, bem como profissionais de enfermagem (Alhawatmeh et al., 2022; Maghaminejad et al., 2020; Sanadgol et al., 2020). Os demais artigos incluíram outros tipos de população (Cole, 2021; Nguyen & Brymer, 2018; Parizad et al., 2021).

Todos os artigos apresentaram resultados com uma resposta afirmativa para a questão norteadora do presente estudo, a saber: o uso de imaginação guiada contribui para a redução da ansiedade em pessoas adultas? Os 12 artigos apontaram uma redução significativa dos escores de ansiedade nos grupos-intervenção, em comparação aos grupos-controle, ou, nos casos de medidas antes e depois da intervenção, sem grupo-controle.

Merecem destaque os dois artigos que avaliaram ansiedade-traço e ansiedade-estado. No estudo de Felix et al. (2018), os escores de ansiedade-estado do grupo-intervenção foram significativamente menores que os do grupo-controle ( $p < 0,005$ ). Parizad et al. (2021) encontraram significância estatística nas diferenças dos escores de ansiedade-traço e de ansiedade-estado, sendo menores no grupo-intervenção do que no grupo-controle ( $p < 0,001$ ), indicando efeitos positivos da técnica aplicada.

Os resultados de três outras pesquisas merecem ser destacados. Alhawatmeh et al. (2022) compararam os resultados de dois grupos-intervenção (um com

imaginação guiada e outro com relaxamento muscular progressivo), além do grupo-controle. Os autores observaram que a redução de ansiedade no grupo de imaginação guiada foi maior do que no grupo de relaxamento muscular progressivo ( $p < 0,001$ ). O estudo de Cole (2021) mostrou que, em duas medidas pós-intervenção de curto prazo (24 e 48 horas), houve escores menores de ansiedade para o grupo-intervenção nos dois momentos ( $p < 0,001$ ).

Nguyen e Brymer (2018) compararam dois grupos de imaginação guiada: um deles começava com imagens de natureza seguidas de imagens urbanas, e o segundo grupo fazia a intervenção com a ordem inversa. Os escores de ansiedade pós-intervenção foram significativamente mais baixos em ambos os tipos de intervenção comparados com a linha de base ( $p < 0,001$ ), mas a redução do escore de ansiedade foi maior para o grupo que iniciava com imagens da natureza ( $p = 0,026$ ).

Sobre os procedimentos, oito estudos utilizaram unicamente imaginação guiada como intervenção (Acar & Aygin, 2019; Afshar et al., 2018; Aghakhani et al., 2022; Beizae et al., 2018; Cole, 2021; Maghaminejad et al., 2020; Parizad et al., 2021; Sanadgol et al., 2020). Um artigo comparou imaginação guiada e relaxamento muscular progressivo (Alhawatmeh et al., 2022); um deles utilizou relaxamento com imagem guiada (Felix et al., 2018); e outro lançou mão de meditação com imagem guiada (Lu et al., 2022).

### **Estratégias de Intervenção e Instrumento de Avaliação de Ansiedade**

A Tabela 3 apresenta informações sobre as estratégias de intervenção e o tipo de instrumento para avaliação do nível de ansiedade usados em cada artigo. Com relação às estratégias, todos os estudos realizaram a intervenção com áudio gravado (CD ou MP3), com duração que variava de 15 a 40 minutos. Cinco estudos fizeram a intervenção em grupo, enquanto outros sete aplicaram intervenções individuais.

**Tabela 3***Procedimentos de Intervenção e Instrumentos de Avaliação Usados nos Estudos*

<b>Autores</b>	<b>Procedimentos de intervenção e instrumentos para avaliação de ansiedade</b>
Acar & Aygin (2019)	- IG por meio de CD de áudio, com fone de ouvido, em grupo, 40 min de duração, com 3 etapas: (1) definição e educação de relaxamento e técnicas de relaxamento (2) instrução de relaxamento vocal (3) música relaxante. - Anxiety Specific to Surgery Questionnaire (ASSQ) – Questionário de ansiedade específica para cirurgia.
Afshar et al. (2018)	- IG por meio de CD de áudio, com fone de ouvido, pela manhã e à noite. 25 min de duração. - Inventário de Ansiedade Estado-Traço de Spielberger.
Aghakhani et al. (2022)	- IG por meio de CD de áudio, com fone de ouvido. 4 sessões com 10 min de duração. - Burn Specific Pain Anxiety Scale (BSPAS), escala sobre ansiedade e dor, específica para queimadura.
Alhawatmeh et al. (2022)	- IG por meio de áudio gravado, em grupos de 10 pessoas. 5 sessões semanais, de 30 min de duração cada. - Depression, Anxiety and Stress Scale - 21 (DASS-21).
Beizae et al. (2018)	- IG por meio de áudio gravado, com fone de ouvido, 30 min antes da hemodiálise. Áudio com sons de natureza e instrução de relaxamento. 3x por semana. - Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão – HADS.
Cole (2021)	- Áudio em MP3 de 30 minutos, com fone de ouvido, de manhã e à noite. - Escala de Ansiedade de Beck.
Felix et al. (2018)	- IG por meio de áudio gravado, 20 min de duração, nas primeiras 24 horas pós-cirurgia. - Inventário de Ansiedade Traço-Estado de Spielberger.
Lu et al. (2022)	- CD de áudio gravado, 15-20 min de duração, com IG e meditação, assistência musical e treino de relaxamento. - Escala de Ansiedade de Beck.
Maghaminejad et al. (2020)	- CD de áudio, com fone de ouvido, em grupo. 10 min de relaxamento e treino de respiração, 10 min de imagem mental de cena bonita e pacífica e 10 min focando em pontos fortes e habilidade pessoais. - Inventário de Ansiedade de Teste (TAI).
Nguyen & Brymer (2018)	- CD de áudio, para ambos os grupos. Uma sessão de IG baseada na natureza e uma sessão de IG baseada em imagens não-natureza, com ordem diferente. - Inventário de Ansiedade Traço-Estado de Spielberger.
Parizad et al. (2021)	- 10 sessões de treinamento de IG, com CD de áudio, com duração de 25 min. Sessões individuais, realizadas com o

	paciente no leito, com equipamentos de proteção individual. - Inventário de Ansiedade Traço-Estado de Spielberger.
Sanadgol et al. (2020)	- Intervenção em grupos de 5 membros, 90 min de duração. Explicações teóricas sobre IG e prática. - Escala Templer de ansiedade de morte.

*Nota.* IG (imaginação guiada); GI (grupo intervenção); GC (grupo controle).

Quanto aos instrumentos, alguns estudos utilizaram testes específicos para as comorbidades da população avaliada, como o *Anxiety Specific to Surgery Questionnaire* (ASSQ), questionário de ansiedade específica relacionada a cirurgias; o Burn Specific Pain Anxiety Scale (BSPAS), voltado para pacientes queimados; o Inventário de Ansiedade de Teste (TAI), para situações de avaliação; e a Escala Templer de Ansiedade de Morte. O Inventário de Ansiedade Traço-Estado de Spielberger foi utilizado para avaliar ansiedade em quatro dos estudos (Afshar et al., 2018; Felix et al., 2018; Nguyen & Brymer, 2018; Parizad et al., 2021); a Escala de Ansiedade de Beck foi usada em dois estudos (Cole, 2021; Lu et al., 2022); e a Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS), em um estudo (Beizae et al., 2018). Uma pesquisa usou a *Depression, Anxiety and Stress Scale – 21* (Alhawtmeh et al., 2022).

### Discussão

A partir da análise dos resultados, pode-se observar uma reduzida produção científica nos últimos cinco anos, considerando as bases consultadas, sobre a técnica de imaginação guiada e seus efeitos sobre a ansiedade, não obstante os inegáveis resultados positivos dessa forma de intervenção evidenciados na presente revisão. Apenas um dos estudos selecionados foi realizado no Brasil, sendo publicado em inglês, enquanto observou-se maior produção de pesquisadores iranianos, aspecto que merece ser mais bem analisado oportunamente.

Dos 12 estudos, a maioria ( $n=8$ ) utilizou desenho experimental, randomizado e controlado, considerado mais apropriado e confiável para investigar se os efeitos

verificados decorreram da intervenção realizada. Ainda quanto ao delineamento, dos 12 artigos, um não teve grupo-controle (Cole, 2021), provavelmente pelas condições da amostra, que consistiu em pacientes adultos internados, com diferentes condições clínicas, em ambiente de terapia intensiva. O objetivo de oferecer eventuais benefícios da técnica para todos aqueles que poderiam usufruir de suas vantagens parece ter prevalecido no método.

Outro aspecto digno de nota, quanto ao delineamento, foi a não referência a avaliações de seguimento (*follow-up*). Acar e Aygin (2019) realizaram um trabalho prospectivo, mas de curto prazo, com medidas variando entre 24, 48 e 72 horas. As amostras dos estudos, vivenciando situações pontuais, e mesmo emergenciais, com intervenções de curto prazo, podem justificar a ausência de avaliações de seguimento nas pesquisas selecionadas. O estudo de Sanadgol et al. (2020), que avaliou o efeito da imaginação guiada sobre ansiedade de morte em enfermeiras de unidades de terapia intensiva (UTI), parece apresentar condições para um possível *follow-up*. No estudo sobre ansiedade de teste (Maghaminejad et al., 2020), também seria interessante um *follow-up*, para ver se os efeitos da intervenção seriam mantidos em médio ou longo prazo.

É importante observar que a intervenção com imaginação guiada mostrou resultados positivos em diferentes populações, com tipos variados de comorbidade e em contextos diversos de avaliação. Os resultados apontaram redução estatisticamente significativa da ansiedade, mas também afetaram de forma positiva a qualidade do sono, a percepção de dor, os escores de depressão, os sinais vitais, as reações de náusea e o nível de cortisol, ainda que esses efeitos não tenham sido alvo da presente revisão, pois foram valorizados os resultados no que tange à ansiedade.

Tanto ansiedade-estado quanto ansiedade-traço foram sensíveis às intervenções com imaginação guiada, resultado que merece destaque. A primeira modalidade tende a apresentar sintomas passíveis de resoluções rápidas, com técnicas mais breves, devido às características situacionais. A ansiedade-traço, por sua vez, mostra-se mais estrutural, exigindo intervenções mais longas e com aporte de outras técnicas.

Quando a imaginação guiada foi comparada a outras abordagens não farmacológicas (relaxamento muscular progressivo, meditação, relaxamento comum), apresentou efeitos mais evidentes sobre a ansiedade (Alhawatmeh et al., 2022; Felix et al., 2018; Lu et al., 2022), o que fala a seu favor.

Todas as intervenções utilizaram gravação de áudio em CD ou MP3, o que pode ter vantagens e desvantagens. As vantagens são que a gravação garante que a intervenção será administrada exatamente da mesma forma para todos os participantes e pode ser escutada com fone de ouvido sem incomodar pessoas à volta, entre outras. O aspecto negativo é que não há espaço para eventual interação com o participante ao longo da intervenção, o que poderia ser rico, por permitir o manejo de emoções que surgissem durante a intervenção ou de resistência à técnica.

Considerando que a imaginação guiada é uma intervenção de baixo ou de nenhum custo, de duração breve, sua aplicação de forma ampla é factível. Cole (2021) ressaltou que essa técnica é de fácil implementação, podendo ser incorporada ao cuidado do paciente para reduzir ansiedade e, potencialmente, para redução do uso de analgésicos opioides, aspecto que pode ser muito útil em ambientes de serviços de saúde, em especial os hospitalares.

A presente revisão teve o mérito de revelar os efeitos da técnica de imagem guiada em populações diversas e em contextos diferentes, com base em 12 artigos

selecionados sobre o tema. Uma limitação do presente artigo refere-se à não aplicação do protocolo PRISMA na íntegra. À guisa de exemplo, não foi feita uma análise para identificar potenciais vieses dos estudos selecionados. Em estudos futuros de revisão, sugere-se ampliar as bases de dados, bem como o período de publicação, visando alcançar mais artigos sobre a técnica.

### **Considerações Finais**

Conclui-se que a intervenção com imaginação guiada, seja em contexto hospitalar ou não hospitalar, constitui uma forma eficiente de redução dos níveis de ansiedade, conforme os estudos dessa revisão sistemática revelaram. A imaginação guiada é uma intervenção não farmacológica que, pela relevância dos resultados, pode ser considerada no tratamento de diferentes comorbidades e em diferentes situações, em complemento, ou não, ao tratamento medicamentoso.

## Referências

- \*Acar, K., & Aygin, D. (2019). Efficacy of guided imagery for postoperative symptoms, sleep quality, anxiety, and satisfaction regarding nursing care: A randomized controlled study. *Journal of Perianesthesia Nursing*, 34(6), 1241-1249. <http://doi.org/10.1016/j.jopan.2019.05.006>
- \*Afshar, M., Mohsenzadeh, A., Gilasi, H., & Sadeghi-Gandomani, H. (2018). The effects of guided imagery on state and trait anxiety and sleep quality among patients receiving hemodialysis: A randomized controlled trial. *Complementary Therapies in Medicine*, 40, 37-41. <http://doi.org/10.1016/j.ctim.2018.07.006>
- \*Aghakhani, N., Faraji, N., Alinejad, V., Goli, R., & Kazemzadeh, J. (2022). The effect of guided imagery on the quality and severity of pain and pain-related anxiety associated with dressing changes in burn patients: A randomized controlled trial. *Burns*, 48(6), 1331-1339. <http://doi.org/10.1016/j.burns.2021.11.020>
- \*Alhawatmeh, H., Albataineh, R., & Abuhammad, S. (2022). Differential effects of guided imagery and progressive muscle relaxation on physical and emotional symptoms in nursing students taking initial clinical training: A randomized clinical trial. *Heliyon*, 8(10), e11147. <http://doi.org/10.1016/j.heliyon.2022.e11147>
- American Psychiatric Association (APA). (2014). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5* (5. ed.). Artmed.
- Andrade, S. M. de, Cunha, M. A., Pereira, J. L., Jr., Maciel, A. L. de S., Santana, L. S. O. S., Carvalho, R. O., & de Oliveira, E. H. (2020). Uso crônico e indiscriminado de benzodiazepínicos: Uma revisão de literatura. *Research, Society and Development*, 9(7), e317973954-e317973954. <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v9i7.3954>
- Baptista, M. N., Falcone, E. M. D. O., Viegas, M. P., Oliveira, E. R., Krieger, S., Pereira, L. B., Alves, A. J. C. P., Peluso, M. L., & Silva, F. T. D. (2020). Estrutura interna da Escala Cognitiva de Ansiedade (ECOGA). *Psico-USF*, 25(4), 751-762. <https://doi.org/10.1590/1413/82712020250413>
- Beck, A. T., Emery, G., & Greenberg, R. L. (2005). *Anxiety disorders and phobias: A cognitive perspective*. Basic Books.
- \*Beizae, Y., Rejeh, N., Heravi-Karimooi, M., Tadrissi, S. D., Griffiths, P., & Vaismoradi, M. (2018). The effect of guided imagery on anxiety, depression and

- vital signs in patients on hemodialysis. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 33, 184-190. <https://doi.org/10.1016/j.ctcp.2018.10.008>
- Carvalho, M. R., Malagris, L. E., & Rangé, B. P. (2019). *Psicoeducação em terapia cognitivo-comportamental*. Sinopsys.
- Clark, D. A., & Beck, A. T. (2012). *Terapia cognitiva para os transtornos de ansiedade*. Artmed.
- Clark, D. A., & Beck, A. T. (2014). *Vencendo a ansiedade e a preocupação com a terapia cognitivo-comportamental: Manual do paciente*. Artmed.
- \*Cole, L. (2021). The impact of guided imagery on pain and anxiety in hospitalized adults. *Pain Management Nursing*, 22(4), 465-469. <https://doi.org/10.1016/j.pmn.2021.02.007>
- Diogo, J. E., Magalhães, T. C., de Oliveira Silva, I., & Marini, D. C. (2023). Análise do aumento do uso de benzodiazepínicos na região sudeste do Brasil durante a pandemia da covid-19: Uma reflexão psicossocial. *Universitas*, 17(32), 167-183.
- \*Felix, M. M. S., Ferreira, M. B. G., Oliveira, L. F., Barichello, E., Pires, P. S., & Barbosa, M. H. (2018). Guided imagery relaxation therapy on preoperative anxiety: A randomized clinical trial. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 26, e3101. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.2850.3101>
- Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ). (2020). *Ministério da Saúde divulga resultados preliminares de pesquisa sobre saúde mental na pandemia*. <https://www.canalsaude.fiocruz.br/noticias/noticiaAberta/ministerio-da-saude-divulga-resultados-preliminares-de-pesquisa-sobre-saude-mental-na-pandemia01102020>
- Goodheart, C. D., Kazdin, A. E., & Sternberg, R. J. (Eds.). (2006). *Evidence-based psychotherapy: Where practice and research meet*. APA.
- Holmes, E. A., & Mathews, A. (2010). Mental imagery in emotion and emotional disorders. *Clinical Psychology Review*, 30(3), 349-362. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.01.001>
- Liberati, A., Altman, D. G., Tetzlaff, J., Mulrow, C., Gøtzsche, P. C., Ioannidis, J. P., Clarke, M., Kleijnen, J., & Moher, D. (2009). The PRISMA statement for reporting systematic reviews and meta-analyses of studies that evaluate health care interventions: Explanation and elaboration. *Journal of Clinical Epidemiology*, 62(10), e1-e34. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2009.06.006>

- \*Lu, Y. J., Lee, M. C., Chen, C. Y., Liang, S. Y., Li, Y. P., & Chen, H. M. (2022). Effect of guided imagery meditation during laparoscopic cholecystectomy on reducing anxiety: A randomized controlled trial. *Pain Management Nursing*, 23(6), 885-892. <https://doi.org/10.1016/j.pmn.2022.07.003>
- \*Maghaminejad, F., Adib-Hajbaghery, M., Nematian, F., & Armaki, M. A. (2020). The effects of guided imagery on test anxiety among the 1st-year nursing students: A randomized clinical trial. *Nursing and Midwifery Studies*, 9(3), 130. [https://doi.org/10.4103/nms.nms\\_65\\_18](https://doi.org/10.4103/nms.nms_65_18)
- Mangolini, V. I., Andrade, L. H., & Wang, Y. P. (2019). Epidemiologia dos transtornos de ansiedade em regiões do Brasil: Uma revisão de literatura. *Revista de Medicina*, 98(6), 415-422. <https://doi.org/10.11606/issn.1679-9836.v98i6p415-422>
- Manyande, A., Cyna, A. M., Yip, P., Chooi, C., & Middleton, P. (2015). Non-pharmacological interventions for assisting the induction of anaesthesia in children. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 3, CD006447. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD006447.pub2>
- Muller, M. C., Calvetti, P. U., Redivo, L. B., Geyer, J. G., & Jarros, R. B. (2009). Técnicas de relaxamento e visualização na psicologia da saúde. *Revista de Psicologia da IMED*, 1(1), 24-33.
- \*Nguyen, J., & Brymer, E. (2018). Nature-based guided imagery as an intervention for state anxiety. *Frontiers in Psychology*, 9, 1858. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.01858>
- Organização das Nações Unidas (ONU). (2022). *OMS nas Américas lança Comissão de Alto Nível sobre saúde mental e covid-19*. <https://news.un.org/pt/story/2022/05/1788892>
- \*Parizad, N., Goli, R., Faraji, N., Mam-Qaderi, M., Mirzaee, R., Gharebaghi, N., Baghaie, R., Fezipour, H., & Haghighi, M. M. (2021). Effect of guided imagery on anxiety, muscle pain, and vital signs in patients with COVID-19: A randomized controlled trial. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 43, 101335. <https://doi.org/10.1016/j.ctcp.2021.101335>
- Pinheiro, A. L. P. (2019). *Intervenções não-farmacológicas na redução da ansiedade em enfermagem de saúde mental* [Relatório de estágio de mestrado]. Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

- \*Sanadgol, S., Firouzkouhi, M., Badakhsh, M., Abdollahimohammad, A., & Shahrakivahed, A. (2020). Effect of guided imagery training on death anxiety of nurses at COVID-19 intensive care units: a quasi-experimental study. *Neuropsychiatria i Neuropsychologia*, 15(3-4), 83-88. <https://doi.org/10.5114/nan.2020.101290>
- Santomauro, D., Herrera, A. M., Shadid, J., Zheng, P., Ashbaugh, C., Pigott, D. M., Ferrari, A. J. (2021). Global prevalence and burden of depressive and anxiety disorders in 204 countries and territories in 2020 due to the COVID-19 pandemic. *The Lancet*, 398(10312), 1700-1712. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)02143-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)02143-7)

Nota. \*Artigos selecionados para análise na Revisão Sistemática

## Artigo 2

### Intervenção com Imaginação Guiada para Redução de Ansiedade em Pacientes Adultos

#### Resumo

Este estudo objetivou avaliar os efeitos de intervenção com imaginação guiada sobre o nível percebido de ansiedade de pessoas adultas, na clínica psicológica, com delineamento quase experimental. Participaram quatro adultos que passaram por nove sessões semanais e uma de *follow up*, 30 dias depois, sendo oito delas de intervenção com imaginação guiada. Foram realizadas três medidas de comparação (pré-teste, pós-teste e *follow up* após um mês), com uso do Inventário de Ansiedade de Beck (BAI), da subescala de ansiedade da Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS-A) e da *Mini International Neuropsychiatric Interview* - MINI. Relatos dos participantes foram registrados, ao longo das sessões e no *follow up*, e categorizados. Com base em análise não paramétrica (ANOVA de Friedman), os resultados apontaram que os escores dos postos médios da HADS-A no pré-teste foram significativamente maiores do que no pós-teste ( $p=0,024$ ). O valor subiu um pouco no *follow up*, mas ainda se manteve menor que no pré-teste, entretanto a diferença não foi estatisticamente significativa. Não houve diferença estatisticamente significativa no BAI, ainda que os valores dos postos médios reduziram no pós-teste e no *follow up*. Analisando os casos individualmente, os resultados indicaram que os participantes se beneficiaram, de forma variada, da técnica de imaginação guiada, sendo que dois deles se beneficiaram de maneira diferenciada. O estudo de intervenção foi realizado no contexto da clínica psicológica, verificando-se limitações quanto ao número de participantes, ausência de grupo controle e tempo de *follow up*. Conclui-se que a técnica contribuiu para a redução de ansiedade, mostrando-se como um recurso adicional de tratamento em caso de transtorno.

**Palavras-chave:** Ansiedade, Intervenção, Imaginação Guiada.

## Abstract

This study aimed to evaluate the effects of guided imagery intervention on the perceived level of anxiety in adults, in the psychological clinic, with a quasi-experimental design. Four adults participated and underwent nine weekly sessions and one follow-up session 30 days later, eight of which included guided imagination intervention. Three comparison measures were carried out (pre-test, post-test and follow-up after one month), using the Beck Anxiety Inventory (BAI), the anxiety subscale of the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS-A) and the Mini International Neuropsychiatric Interview - MINI. Participants' reports were recorded, throughout the sessions and at follow-up, and categorized. Based on non-parametric analysis (Friedman's ANOVA), the results showed that the mean HADS-A rank scores in the pre-test were significantly higher than in the post-test ( $p=0.024$ ). The value rose a little in the follow-up, but still remained lower than in the pre-test, however the difference was not statistically significant. There was no statistically significant difference in the BAI, although the average rank values reduced in the post-test and follow-up. Analyzing the cases individually, the results indicated that the participants benefited, in varying ways, from the guided imagination technique, with two of them benefiting differently. The intervention study was carried out in the context of the psychological clinic, with limitations regarding the number of participants, absence of a control group and follow-up time. It is concluded that the technique contributed to reducing anxiety, proving to be an additional treatment resource in cases of disorder.

**Keywords:** Anxiety, Intervention, Guided Imagery.

Cerca de uma em cada oito pessoas no mundo vive com um transtorno mental. A prevalência dos diferentes transtornos mentais varia com o sexo e a idade, mas os transtornos de ansiedade e os transtornos depressivos são os mais comuns, tanto em homens quanto em mulheres (World Health Organization [WHO], 2022). Em um relatório publicado em junho de 2022, a Organização Mundial de Saúde (2022) apontou que 9,3% da população brasileira é ansiosa, colocando o país em primeiro lugar em um *ranking* de cinco países. Em seguida, vêm o Paraguai (7,6%), Noruega (7,4%), Nova Zelândia (7,3%) e Austrália (7%), com maiores percentuais de registros do transtorno. Esse mesmo relatório indicou que um bilhão de adultos viviam com algum transtorno mental em 2019, sendo 15% adultos em idade economicamente ativa. O relatório mostrou também que a prevalência global de ansiedade e depressão aumentou em 25%, no primeiro ano da pandemia por Covid-19.

Um levantamento nacional, o Covitel 2023 (Inquérito Telefônico de Fatores de Risco para Doenças Crônicas Não Transmissíveis em Tempos de Pandemia) indicou que 26,8% dos brasileiros receberam diagnóstico médico de ansiedade (Hallal et al., 2023). A pesquisa realizou uma abordagem telefônica com 9.000 participantes, de todas as regiões do Brasil, entre os meses de janeiro e março de 2022. Os resultados apontaram que 31,6% da população entre 18 a 24 anos estava com sintomas de ansiedade e a prevalência maior era no Centro-Oeste (32,2%) e entre as mulheres (34,2%).

Globalmente, são grandes as consequências econômicas de um transtorno mental, dentre as quais a perda de produtividade por absenteísmo no trabalho, custos de atendimentos de emergência a crises de ansiedade com sintomas físicos, abuso de medicamentos psicotrópicos e ansiolíticos, por exemplo (WHO, 2022). O abuso de medicamentos ansiolíticos é uma preocupação crescente na área da saúde, com

implicações significativas para a segurança e o bem-estar dos indivíduos. Estudos epidemiológicos têm examinado a prevalência do abuso de ansiolíticos em diferentes populações. De acordo com a pesquisa conduzida por Martins et al. (2012), o abuso de benzodiazepínicos, uma classe comum de ansiolíticos, tem sido associado a uma série de fatores, incluindo a prescrição inadequada, a busca por efeitos recreativos e a automedicação. No Brasil, o Sindicato do Comércio Varejista de Produtos Farmacêuticos do Distrito Federal (Sincofarma) aponta que, apenas na capital federal, a venda de remédios controlados, antidepressivos e ansiolíticos aumentou entre 60% e 70% nos últimos dois anos (Newslab, 2023).

Diz-se que para tratar um problema é preciso conhecê-lo. As definições e entendimentos sobre a ansiedade podem variar, mas é comum a percepção de que, dependendo das circunstâncias ou intensidade, essa emoção pode afetar negativa e significativamente a qualidade de vida das pessoas, tais como o desempenho acadêmico, profissional, familiar e social, além da presença de problemas de saúde física.

Ansiedade é definida por dicionários não técnicos pelos termos: grande mal-estar físico e psíquico, aflição, angústia, perturbação causada pela incerteza, relação com qualquer contexto de perigo (Ferreira, 2009; Weiner & Simpson, 1998). De acordo com Clark e Beck (2014), a ansiedade é uma emoção voltada para o futuro, relacionada a eventos possivelmente ameaçadores, que pode gerar sintomas físicos, cognitivos, comportamentais ou emocionais. É importante considerar que a ansiedade tem um aspecto adaptativo benéfico, é uma emoção que provoca um estado de alerta e promove a ação diante de situações perigosas ou ameaçadoras. Mas pode se tornar patológica, quando em níveis elevados.

Segundo o Ministério da Saúde, a ansiedade patológica ou transtorno de ansiedade tem sintomas muito mais intensos do que aquela ansiedade normal do dia a dia. Eles aparecem como: preocupações, tensões ou medos exagerados (a pessoa não consegue relaxar); sensação contínua de que um desastre ou algo muito ruim vai acontecer; preocupações exageradas com saúde, dinheiro, família ou trabalho; medo extremo de algum objeto ou situação em particular; medo exagerado de ser humilhado publicamente; falta de controle sobre os pensamentos, imagens ou atitudes, que se repetem independentemente da vontade; pavor depois de uma situação muito difícil (Biblioteca Virtual em Saúde [BVS], 2011).

Quanto ao diagnóstico e classificação dos transtornos mentais, incluindo os transtornos de ansiedade, a Classificação Internacional de Doenças (CID-11) da Organização Mundial da Saúde (citado em Galvão & Ricarte, 2021) e o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5) (DSM-5; American Psychiatric Association [APA], 2014), publicado pela Associação Americana de Psiquiatria, em 2014, são as principais referências. No presente estudo, adotou-se a segunda. O DSM-5 (American Psychiatric Association [APA], 2014) define que os transtornos de ansiedade compartilham características de medo e ansiedade excessivos, sendo o medo uma resposta emocional à ameaça iminente real ou percebida, e a ansiedade, a antecipação de ameaça futura .

A classificação dos transtornos de ansiedade, segundo o DSM-5 (APA, 2014), inclui categorias diagnósticas identificadas por letras, tais como: (E) Transtorno de Pânico: caracterizado por crises de pânico recorrentes; (F) Agorafobia: desconforto em lugares ou situações das quais é difícil ou embaraçoso escapar; (G) Fobia social: ansiedade e medo de humilhação em situações sociais; (H) Transtorno Obsessivo-Compulsivo (TOC): caracterizado por obsessões (pensamentos intrusivos) e

compulsões (comportamentos repetitivos); (I) Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT): desenvolve-se após a exposição a um evento traumático; (O) Transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG): ansiedade persistente e excessiva em várias áreas da vida.

O tratamento da ansiedade é feito de maneira multidisciplinar, com a participação de profissionais de diferentes especialidades. As intervenções podem ser de três tipos: intervenções farmacológicas (IF): uso de medicamentos com prescrição médica; intervenções não farmacológicas (INF): intervenções com psicoterapia e terapias complementares; intervenções mistas (IM): combinação da farmacológica com a não farmacológica.

As IFs podem ser desafiadoras em decorrência do uso de ansiolíticos, em especial benzodiazepínicos (Andrade et al., 2020). O uso de ansiolíticos, medicamentos prescritos para tratar transtornos de ansiedade, apresenta benefícios terapêuticos significativos, mas também está associado a riscos potenciais. O uso prolongado de ansiolíticos, especialmente benzodiazepínicos, pode levar ao desenvolvimento de tolerância, o que significa que ao longo do tempo, doses mais altas podem ser necessárias para obter o mesmo efeito terapêutico. Além disso, a dependência física pode ocorrer, resultando em sintomas de abstinência se a medicação for interrompida abruptamente (Lader, 2011).

Ansiolíticos também podem causar efeitos colaterais como sonolência, redução da coordenação motora e comprometimento cognitivo, o que afeta negativamente a qualidade de vida e a funcionalidade diária (Barker et al., 2004). Além disso, o uso combinado de ansiolíticos com outras substâncias depressoras do sistema nervoso central, como bebidas alcólicas, aumenta o risco de overdose e complicações graves (Griffin et al., 2013).

Portanto, embora os ansiolíticos possam ser ferramentas valiosas no tratamento da ansiedade, é imperativo que sua prescrição e uso sejam monitorados de perto por profissionais de saúde para mitigar os riscos associados. A decisão de iniciar ou continuar com esses medicamentos deve ser individualizada e considerar cuidadosamente os benefícios e riscos específicos para cada paciente.

As terapias psicológicas se mostram como alternativas ou complementares à terapia medicamentosa e são incluídas na categoria de intervenção não farmacológica, em que há aplicação de técnicas ou procedimentos de prevenção ou tratamento, sem uso de medicamentos. Pode-se dividir as INFs em diferentes categorias: (a) psicológicas (cognitivas ou comportamentais), como distração, imaginação guiada, hipnose, realidade virtual; (b) física, como massagem corporal; (c) ambiental, como o uso da sala de indução; (d) social, permitindo a presença de apoio social/de alguma pessoa; e (e) suporte emocional, em que se enquadram o *reiki*, o toque terapêutico e a escuta ativa (Manyande et al., 2015).

Dentre as variadas abordagens psicoterapêuticas, a Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) tem se mostrado eficaz no tratamento de transtornos de ansiedade. Reyes e Fermann (2017), realizaram uma revisão sistemática de literatura buscando resumir os conhecimentos científicos sobre o tratamento do Transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG) utilizando a (TCC). A pesquisa incluiu a busca de artigos científicos nas bases de dados eletrônicas SCIELO e PubMed, utilizando descritores específicos. A análise dos 15 artigos selecionados indicou que a TCC é eficaz no tratamento do TAG, inclusive em populações idosas, e a possibilidade de realização do tratamento por telefone ou internet facilita o acesso de pessoas com dificuldades de deslocamento.

No Modelo Cognitivo-Comportamental (MCC), a ansiedade é vista como resultado de padrões de pensamento disfuncionais, crenças irracionais e comportamentos evitativos. Indivíduos ansiosos muitas vezes têm pensamentos catastróficos, antecipando o pior cenário possível em situações futuras; apresentam distorções cognitivas, que são maneiras de pensar que não refletem a realidade de forma precisa; tendem a fazer leitura mental, presumindo que sabem o que os outros estão pensando ou a generalizar excessivamente, tirando conclusões globais negativas com base em eventos específicos (Beck, 2013).

No livro “A Terapia Cognitiva dos Transtornos de Ansiedade”, de Clark e Beck (2016), os autores fornecem uma visão detalhada da aplicação prática do MCC para a ansiedade, incluindo as técnicas de exposição gradual e reestruturação cognitiva. Outras técnicas também são utilizadas, incluindo a imaginação guiada. A utilização de imagens mentais tem despertado um notável interesse científico e clínico, na última década. Isso abrange investigações sobre o papel das imagens mentais no funcionamento saudável diário, a influência do mau funcionamento das imagens mentais na intensificação de sofrimento. Blackwell (2021) faz uma análise reflexiva do status atual das imagens mentais e defende uma colaboração contínua entre as diversas vertentes da investigação, para explorar o potencial terapêutico das imagens mentais no contexto da TCC.

A imaginação guiada é uma intervenção que utiliza a imagética para provocar mudanças nas dimensões física, emocional e cognitiva do indivíduo. É frequentemente utilizada na área de saúde e reconhecida por suas aplicações no tratamento de doenças agudas e crônicas, alívio de sintomas, promoção do bem-estar e gerenciamento do estresse. A técnica consiste na formação de uma representação mental de um objeto, lugar, evento ou situação percebida pelos sentidos (visão,

audição, tato, olfato, propriocepção e cinestesia). Quando a prática é realizada com o auxílio de um profissional ou gravação, chama-se imaginação guiada e pode ser de diferentes tipos: imaginação agradável, imaginação focada fisiologicamente, ensaio mental ou reformulação e imaginação receptiva, por exemplo (Fitzgerald et al., 2014).

A base neurofisiológica da imaginação guiada envolve processos cognitivos, neurais e psicofisiológicos que ocorrem durante a formação de imagens mentais. Estudos de neuroimagem funcional, como ressonância magnética funcional (fMRI), têm mostrado que a imaginação guiada ativa áreas do cérebro associadas à percepção sensorial. Por exemplo, Djordjevic et al. (2005) e Kosslyn et al. (2001) exploram como a construção mental de imagens ativa as mesmas vias neurais que a percepção real.

Andrasik et al. (2016) propuseram que tarefas cognitivas, como a imaginação, podem ser consideradas neuromoduladoras, influenciando a percepção da dor e outros sintomas. Essa perspectiva destaca como a imaginação pode alterar a resposta ao estresse e a percepção de sintomas. A prática da imaginação guiada, especialmente na forma de ensaio mental ou reprogramação mental, tem sido associada à neuroplasticidade. A repetição de padrões mentais pode influenciar a organização neural e apoiar a reabilitação, como discutido por Braun et al. (2006) em relação à reabilitação após acidente vascular cerebral.

Quanto aos efeitos da técnica sobre a ansiedade, uma revisão integrativa (Oliveira et al., 2023), apresentada em outro artigo, investigou o uso da visualização com imagem guiada em pacientes oncológicos para aliviar os efeitos adversos do tratamento quimioterápico e melhorar a qualidade de vida relacionada à saúde. Foram utilizadas fontes de dados como Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), SCOPUS, *Web of Science* e *Cummulative Index to Nursing and Allied Health Literature* (CINAHL) e

os resultados indicaram que três dos sete estudos encontrados descreveram que o uso de imaginação guiada se relacionou com a diminuição dos níveis de depressão e ansiedade, bem como o aumento da autoestima.

Se consideramos os sintomas físicos apresentados em um quadro de ansiedade, vale destacar o estudo conduzido por Silva et al. (2022), que teve por objetivo analisar os efeitos da técnica de imaginação guiada por realidade virtual nos sinais vitais de pacientes submetidos a transplante de células-tronco hematopoéticas. Nesse estudo, foi realizado um delineamento quase-experimental com 35 participantes, os quais receberam intervenção utilizando imaginação guiada por realidade virtual com relaxamento muscular progressivo, aplicada três vezes por semana durante quatro semanas em um hospital de referência para transplantes no sul do Brasil. Os dados coletados incluíram: temperatura, pressão arterial, frequência respiratória, frequência cardíaca, dor e saturação de oxigênio, antes e após cada intervenção. As comparações foram analisadas usando o teste de Wilcoxon e houve significância estatística entre as médias das medidas antes e depois para a frequência respiratória ( $p=0,00$ ) em todas as fases, e para as variáveis frequência cardíaca, temperatura e saturação de oxigênio da 1ª à 12ª medida ( $p=0,05$ ).

Os estudos revisados revelam não apenas uma redução significativa nos sintomas de ansiedade, mas também indicam efeitos positivos sobre os sinais vitais, por exemplo, em contextos específicos, como transplante de células-tronco hematopoéticas (Silva et al., 2022). Contudo, a análise crítica dos dados aponta para a necessidade de uma abordagem multidisciplinar no tratamento da ansiedade. O papel da psicologia, nesse cenário, vai além de mitigar sintomas, mas também promover o bem-estar geral daqueles que vivenciam transtornos de ansiedade.

## **Justificativa, Objetivos e Hipóteses**

A justificativa deste estudo se encontra na importância científica de desenvolver e melhorar formas variadas de tratamento dos transtornos de ansiedade. Também se baseia na possibilidade de aplicar e avaliar uma intervenção não medicamentosa, de baixo ou nenhum custo, que pode ser utilizada no tratamento da ansiedade.

O objetivo geral foi avaliar os efeitos do uso de imaginação guiada sobre o nível percebido de ansiedade de pessoas adultas diagnosticadas com este transtorno, em atendimento individual, presencialmente. Como objetivos específicos, pretendeu-se comparar os níveis de ansiedade pré e pós-intervenção e verificar a manutenção do resultado em *follow up* de um mês.

Partiu-se da hipótese de que as sessões semanais com imaginação guiada reduziriam a percepção de ansiedade nos participantes ao final da intervenção e após um mês do seu término.

## **Método**

### **Delineamento**

Trata-se de estudo quase experimental com pré e pós teste, com *follow up* de 30 dias, sem grupo controle.

### **Participantes**

Os critérios para inclusão dos participantes no estudo foram: (a) ter acima de 18 anos de idade; (b) ter participação voluntária com assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE); (c) apresentar transtorno de ansiedade diagnosticado pelo médico psiquiatra e/ou verificado por meio da entrevista *Mini Internacional Neuropsychiatric Interview 5.0* pela pesquisadora/psicóloga; (d) ser capaz de responder à entrevista e ao inventário de ansiedade sozinho ou com

auxílio da pesquisadora; (e) ter disponibilidade para participar de 10 encontros, com cerca de 45 minutos de duração, sendo nove sessões semanais e uma sessão de *follow up*, 30 dias após o término da intervenção.

A exclusão do participante se deu conforme os seguintes critérios: (a) apresentar transtorno psicótico ou qualquer transtorno dissociativo, identificado pelo profissional médico ou pela pesquisadora a qualquer tempo; e (b) apresentar três faltas consecutivas, não justificadas, às sessões de intervenção.

Foram pré-selecionados 10 participantes adultos, com diagnóstico de transtorno de ansiedade. Sete deles foram encaminhados por um médico psiquiatra da rede privada de atendimento em Brasília (DF) e três participantes foram encaminhados pelo setor de triagem da Coordenação de Atenção Psicossocial da Diretoria de Atenção à Saúde da Comunidade Universitária (CoAP/DASU) da Universidade de Brasília. Após encaminhados, foram contatados pela pesquisadora para agendamento de um primeiro encontro, visando observar os critérios para inclusão ou exclusão.

A amostra final foi composta de quatro participantes, pois seis daqueles pré-selecionados não seguiram com a participação na pesquisa, por motivos diversos (Tabela 1). A Tabela 1 mostra o gênero, a origem do encaminhamento, o critério ou motivo para não prosseguir na intervenção e na pesquisa e quantas sessões tinha realizado, até a interrupção da participação. O fato de que alguns dos participantes que não prosseguiram já tinham realizado várias sessões, impactou sobre o tempo empregado para as sessões com os demais participantes, causando atraso no cronograma do estudo. É importante também considerar a dificuldade em conseguir participantes com a disponibilidade para manter-se na pesquisa por pouco mais de dois meses.

Os participantes que não preencheram os critérios apresentaram escores abaixo de 10, para o BAI ou abaixo de 8, para a HADS-A. Há que se considerar que os instrumentos são de autorrelato e instruem o respondente a considerar a última semana, o que não significa contradizer o diagnóstico de transtorno de ansiedade por um médico psiquiatra.

**Tabela 1**

*Características dos Participantes que não Prosseguiram na Pesquisa.*

Gênero	Encaminhamento	Critério de exclusão/ motivo da desistência	Nº de sessões realizadas
Mulher cisgênero	Psiquiatra particular	Esperava sessões de psicoterapia	5
Mulher cisgênero	CoAP/DASU	Sem disponibilidade de tempo para as sessões	4
Mulher cisgênero	Psiquiatra particular	Não preencheu os critérios diagnóstico para transtorno de ansiedade pelo BAI	1
Mulher cisgênero	Psiquiatra particular	Vivenciou um luto após o início das sessões	3
Mulher cisgênero	CoAP/DASU	Sem disponibilidade de tempo para as sessões	4
Homem cisgênero	Psiquiatra particular	Não preencheu os critérios diagnóstico para transtorno de ansiedade	1

Os quatro participantes da pesquisa foram identificados por pseudônimos. A Tabela 2 mostra informações sobre gênero, idade, raça/cor, situação conjugal. Nenhum dos participantes tinha filhos.

Na Tabela 3, são apresentadas informações sobre o nível de instrução, tipo de vínculo empregatício e uso de medicação prescrita pelo psiquiatra.

**Tabela 2***Caracterização dos Participantes da Pesquisa*

<b>Participante</b>	<b>Gênero</b>	<b>Idade</b>	<b>Raça/Cor</b>	<b>Situação Conjugal</b>
Lírio	Homem cisgênero	23	Branca	Solteiro
Margarida	Mulher cisgênero	45	Preta	Solteira
Azaléia	Mulher cisgênero	47	Parda	Casada/União estável
Jasmim	Mulher cisgênero	25	Branca	Casada/União estável

**Tabela 3***Caracterização dos Participantes da Pesquisa: Nível de Escolaridade, Emprego e Uso de Medicação.*

<b>Participante</b>	<b>Nível de Instrução</b>	<b>Emprego</b>	<b>Medicação</b>
Lírio	Superior (cursando)	Estudante	Nenhuma
Margarida	Pós-graduação	Fixo com direitos trabalhistas	Succinato de desvenlafaxina monoidratado (150 mg) - Deller Pregabalina (75 mg) Quetiapina (25 mg)
Azaléia	Pós-graduação	Fixo com direitos trabalhistas	Bromidrato de citalopram (40 mg) - Procimax Cloridrato de trazodona (50 mg) – Donaren
Jasmim	Pós-graduação	Autônoma	Desvenlafaxina (100 mg)

Quanto ao tempo de acompanhamento com o médico psiquiatra, Margarida realizou tratamento medicamentoso do ano de 2017 a 2021 e retornou em agosto de 2023; Azaléia estava em acompanhamento desde outubro de 2019; e Jasmim, desde maio de 2021. Dos quatro participantes, apenas Jasmim estava em acompanhamento psicológico.

## **Instrumentos**

A coleta de dados foi realizada por meio dos seguintes instrumentos.

- Questionário sociodemográfico (Anexo 1), com objetivo de caracterização da amostra quanto à idade, gênero, escolaridade, situação conjugal, número de filhos, cor/raça autorreferida e situação empregatícia.

- *Mini Internacional Neuropsychiatric Interview 5.0* - MINI (Anexo 2). Foi utilizada a versão brasileira 5.0.0 (Lecrubier et al., 2015). A MINI (DSM IV) é uma entrevista diagnóstica padronizada que pode ser utilizada por clínicos, após uma breve formação. Tem duração de cerca de 15 minutos e se espera do entrevistado um formato de resposta do tipo “sim” e “não”. A MINI é dividida em módulos, identificados por letras que correspondem a uma categoria diagnóstica. No início de cada um dos módulos diagnósticos (exceto o módulo “L” que explora os sintomas psicóticos), uma ou várias questões/filtros são apresentadas num quadro com fundo acinzentado. No final de cada módulo, um ou vários quadros diagnósticos permite(m) ao clínico indicar se os critérios de diagnóstico foram ou não preenchidos. Foram utilizados apenas os itens da MINI que se referem a transtornos de ansiedade: item E (Transtorno de Pânico), item F (Agorafobia), item G (Fobia Social), item H (Transtorno Obsessivo-Compulsivo – TOC) e item I (Transtorno de Estresse Pós-Traumático – TEPT) e item O (Transtorno de Ansiedade Generalizada).

- Inventário de Ansiedade de Beck (Cunha, 2011). O inventário tem foco nos sintomas somáticos de ansiedade. Tem um total de 21 itens e é autoadministrável, com uso de papel e caneta. O participante deve assinalar o quanto se sente afetado com cada sintoma, tendo as alternativas “absolutamente não”, “levemente”, “moderadamente” ou “gravemente”, que variam de zero a três. O resultado é dado pela soma dos escores, que vai de 0 a 63, e obedece à seguinte classificação: 0 -7

(grau mínimo de ansiedade); 8-15 (ansiedade leve); 16-25 (ansiedade moderada) e 26-63 (ansiedade grave). Por ser um teste de aplicação exclusiva do psicólogo, não foi anexado na dissertação, dado que a editora proíbe a sua difusão. As folhas de aplicação foram adquiridas para administração na pesquisa.

- Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS) (Anexo 3). Essa escala foi criada para verificar sintomas de ansiedade e de depressão em pacientes em hospitais e clínicas não psiquiátricas e depois passou a ser utilizada em pacientes ambulatoriais (não-internados) e em indivíduos teoricamente livres de transtornos (Vanzeler, 2020). Foi traduzida para vários idiomas e validada para a língua portuguesa em 1995 (Botega et al., 1995). Possui 14 itens, sendo 7 para ansiedade e 7 para depressão. Cada questão tem quatro opções de respostas, pontuadas de 0 a 3, sendo que a pontuação máxima é de 21 pontos para cada subescala (ansiedade e depressão). Na presente pesquisa, foi aplicada apenas a subescala referente à ansiedade. Quanto maior a pontuação, maiores são os indícios para a ocorrência de sintomas de ansiedade. O ponto de corte para a subescala de ansiedade é uma pontuação maior ou igual a 8, sendo que o ponto de corte indica sintomas moderados a graves.

## **Procedimentos**

Antes da execução da pesquisa, o projeto foi submetido à apreciação e aprovado (Parecer nº 5.564.475) pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Ciências Humanas e Sociais da Universidade de Brasília (CEP-CHS). Após a aprovação pelo CEP-CHS, foi realizado contato com os médicos psiquiatras e com os profissionais responsáveis pelo serviço da CoAP/DASU para explicação do objetivo da pesquisa e solicitação da colaboração no sentido do encaminhamento de pacientes que desejassem receber atendimento e participar, espontaneamente, da pesquisa.

Uma vez identificados os pacientes que preenchiam previamente os critérios de participação, os encaminhamentos se deram da seguinte forma. Quando da rede privada, o médico responsável encaminhou o número de telefone do paciente, para que a pesquisadora entrasse em contato, após sua autorização. O paciente foi, então, contatado individualmente e convidado a participar da pesquisa. Quando pela CoAP/DASU, o responsável pela triagem do serviço identificou o provável participante e, após autorização do mesmo, forneceu o número de contato para a pesquisadora. Foram explicados os objetivos da intervenção e do estudo, com explicitação de benefícios e possíveis riscos de sua participação. Cada paciente confirmou sua participação mediante a assinatura do Termo de Livre Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Anexo 4).

Para os participantes encaminhados pelo médico psiquiatra da rede privada, por conveniência para as duas partes, as intervenções foram realizadas na clínica de psicologia da própria pesquisadora. Os participantes encaminhados pela CoAP/DASU realizaram suas sessões em uma sala de atendimento psicológico do Centro de Atendimento e Estudos Psicológicos (CAEP), que é o serviço-escola do Instituto de Psicologia, localizada no campus Darcy Ribeiro, da UnB. Cada participante foi esclarecido quanto à total gratuidade de sua participação na pesquisa, porém havia necessidade do deslocamento, com custeio por conta própria, para o local do atendimento.

Na etapa seguinte, foram realizados os encontros presenciais, individualmente. Os procedimentos realizados em cada encontro podem ser melhor observados na Tabela 4. No primeiro, foram realizadas uma entrevista inicial e a assinatura do TCLE, respondido o questionário sociodemográfico, aplicados os inventários de ansiedade de Beck e HADS-A e realizada a entrevista MINI. Nesse

momento foi realizado um contrato verbal entre a psicóloga/pesquisadora e cada participante, acertando detalhes de horário e funcionamento das sessões. Do segundo ao nono encontro, foram realizadas as sessões de intervenção com imaginação guiada. No nono encontro, após a sessão de imaginação guiada, foram reaplicados o Inventário de Ansiedade de Beck (BAI), a Escala HADS-A e a MINI. O décimo e último encontro se deu após um intervalo de um mês, como procedimento de *follow up*. Nesta sessão não houve intervenção por imaginação guiada, apenas a reaplicação do Inventário de Ansiedade de Beck, a HADS-A e a MINI.

As oito sessões de intervenção com imaginação guiada, foram realizadas presencialmente. Tanto a sala de atendimento do CAEP, quanto o consultório particular de atendimento psicológico, mediam aproximadamente 20 m<sup>2</sup>, com janela, poltrona para a pesquisadora/psicóloga e um sofá de comprimento suficiente para que o paciente pudesse optar por manter-se sentado ou deitado. Na sala de atendimento do CAEP o participante foi orientado a cobrir os olhos, se desejasse reduzir a luminosidade do ambiente, pois não havia cortinas. No consultório particular, havia ar condicionado e persianas que permitiam reduzir a claridade do ambiente.

#### **Tabela 4**

##### *Procedimentos Realizados em Cada Sessão*

Número da sessão	Procedimentos realizados
01	TCLE Acolhimento e contrato Questionário sociodemográfico Inventário de Ansiedade de Beck HADS-A MINI
02 a 08	Intervenção com imaginação guiada

09	Intervenção com imaginação guiada Inventário de Ansiedade de Beck HADS-A MINI
10	Inventário de Ansiedade de Beck HADS-A MINI Autorrelato da experiência

---

### **A intervenção**

A proposta de intervenção seguiu um delineamento quase experimental, sem grupo controle, com avaliação pré e pós intervenção e *follow up* de um mês. Estudos semelhantes são encontrados na literatura, geralmente em ambiente hospitalar, utilizando fones de ouvido e imagens generalizadas de praias ou outros cenários relaxantes, como nos estudos de Dharmayana e Shaddri (2019) e Charalambous et al. (2015). Petry e Basso (2015) usaram a técnica associada a um ambiente seguro e permitiram que o paciente falasse durante a imaginação guiada, estabelecendo um diálogo.

A intervenção neste estudo se baseou nessas pesquisas realizadas, mas também na prática clínica da pesquisadora. O programa de intervenção foi integralmente elaborado pela pesquisadora e consistiu de oito sessões, uma vez por semana, com duração de, no máximo, 45 minutos (5-10 de acolhimento, 10 minutos de relaxamento muscular, 20 minutos de imaginação guiada e 5 minutos de fechamento da sessão).

Os primeiros 5 a 10 minutos sempre foram dedicados a falar sobre a semana do paciente, com perguntas sobre o aparecimento de sintomas, cujas respostas poderiam ser consideradas na condução da intervenção. Cada sessão de imaginação guiada (IG) foi precedida por um breve relaxamento muscular (máximo de 10 minutos). A sala era preparada com meia luz e o paciente era convidado a manter-se

sentado, relaxadamente, ou deitar-se no sofá, fechar os olhos e respirar mais profundamente, três vezes. Era induzido a perceber cada parte de seu corpo, em pequenos grupos musculares, desde a ponta dos pés até o couro cabeludo, e relaxá-los. Depois disso, era estimulado a perceber os estímulos sonoros presentes no ambiente, e começar a se “desligar” deles, um a um, relaxando cada vez mais. A palavra “relaxe” era repetida ao longo desse processo.

Em seguida, era usada a seguinte instrução para dar início à imaginação guiada: *“A partir de agora, o som mais importante deste ambiente será o som da minha voz. E é guiado (a) pela minha voz que você entrará em contato com imagens, pensamentos, sentimentos, tudo o que esteja relacionado ao que eu vou dizer agora...”*.

Cada sessão de intervenção foi diferente, sendo três passivas e cinco com possibilidade de diálogo com o participante. Na possibilidade de interação, caso o participante divagasse para outro tema, era gentilmente redirecionado à imagem proposta. No Anexo 5, constam as instruções aplicadas para todos os participantes, em cada uma das sessões. Os roteiros das oito sessões foram elaborados pela própria pesquisadora/psicóloga, com base em sua experiência profissional, não baseados em trabalhos publicados anteriorente.

Algumas características foram comuns a todas as sessões de imaginação guiada, tais como: modulação da voz da pesquisadora de forma relaxante e ritmada, com vistas a promover sensação de segurança e tranquilidade; riqueza de detalhes direcionando para a percepção pelos órgãos dos sentidos; e instruções para um cenário relaxante, com elementos visuais e sonoros calmantes.

Além disso, a instrução ao final da intervenção era sempre a mesma: *“É com essa sensação agradável que você vai permanecer, mesmo quando, na minha*

*contagem, você abrir os olhos. Sensação de plenitude, saúde e bem-estar, que vai durar o resto da semana... Um, dois, três. Pode movimentar suas mãos e pés, abrir seus olhos, espreguiçar-se...”.*

Depois de abrir os olhos, era perguntado a cada participante como ele se sentia, se algum ponto da imaginação guiada tinha lhe chamado a atenção e a sessão não era finalizada enquanto ainda houvesse comentários. Esses comentários e impressões foram registrados e levados em consideração como informações qualitativas que foram categorizadas, posteriormente.

Os participantes foram encorajados a realizar o mesmo exercício em casa, quando se sentissem ansiosos, mas a atividade não era formalizada como tarefa de casa.

### **Aspectos Éticos: Benefícios e Riscos**

Pode-se considerar alguns benefícios da participação neste estudo, tais como: relaxamento muscular durante a sessão de intervenção e redução dos níveis de ansiedade. E benefícios após a intervenção: saber os resultados dos testes de ansiedade, ter atendimento gratuito, aprender a gerenciar a ansiedade sozinho e autoaplicar as técnicas após os atendimentos.

Além disso, podem-se citar os prováveis benefícios para o desenvolvimento da ciência, com novos dados sobre o uso da técnica para redução dos níveis de ansiedade em adultos, os benefícios de se divulgar em publicações e eventos científicos os resultados de uma intervenção não medicamentosa para a ansiedade visando a redução do uso de remédios.

Os possíveis riscos que os participantes experimentaram foram: sentir desconforto por estar de olhos fechados nos primeiros atendimentos com a psicóloga/pesquisadora que não conheciam, experimentarem ansiedade na própria

situação do procedimento. O objetivo incluiu garantir que o participante não saísse do consultório sentindo qualquer desconforto emocional ou físico. Ao longo das sessões, não foram verificadas situações de desconforto dos participantes.

Cumprindo com uma responsabilidade ética, após a conclusão da pesquisa, com análise e discussão dos dados, a pesquisadora/psicóloga realizou uma sessão de devolutiva com cada participante, em que foram apresentados seus resultados nos instrumentos de avaliação e os pontos principais de discussão dos dados.

### **Análise de Dados**

Os dados foram sistematizados e analisados mediante técnicas descritivas e inferenciais com uso de testes não paramétricos. Foi utilizado o programa *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS) versão 29.0.2.0, para Windows. Após a composição dos escores dos instrumentos para cada participante, seguindo as normas de cada um deles, foi realizada comparação das fases pré, pós-intervenção e de *follow up*. Após as estatísticas descritivas, foi utilizado o teste ANOVA de Friedman para avaliar a existência de diferenças entre os três momentos de avaliação. O nível de significância adotado foi de 5%.

Relatos dos participantes, durante as sessões, foram registrados manualmente pela pesquisadora e categorizados, posteriormente. Essas categorias e exemplos de relatos são apresentados na sessão de resultados sem, entretanto, a aplicação de técnica específica de análise quantitativa de dados.

## **Resultados**

### **Estatística Descritiva dos Instrumentos Utilizados**

Os escores obtidos no Inventário de Ansiedade de Beck e na HADS-A podem ser observados na Tabela 5.

**Tabela 5**

*Escores dos Participantes, Médias, Desvios-Padrão e Medianas do Grupo nos Três Momentos, para o BAI e HADS-A.*

Participante	BAI Pré-Teste	BAI Pós-Teste	BAI <i>Follow up</i>
Média (DP)	21,25 (4,65)	14,50 (12,26)	18,25 (15,33)
Mediana	20,50	14,00	16,00
Lirio	23	14	10
Margarida	17	00	03
Azaléia	27	14	22
Jasmim	18	30	38
Participante	HADS Pré-Teste	HADS Pós-Teste	HADS <i>Follow up</i>
Média (DP)	13,50 (0,58)	8,25 (3,50)	9,75 (3,78)
Mediana	13,50	8,50	10,00
Lirio	13	07	09
Margarida	14	04	05
Azaléia	13	10	11
Jasmim	14	12	14

Tanto no BAI quanto na HADS-A houve redução do nível de ansiedade dos participantes, com exceção de Jasmim. O Lirio e a Margarida foram os que mais se beneficiaram da intervenção, pois ambos apresentaram escores no BAI no pré-teste compatíveis com a classificação ansiedade moderada e no *follow up* tiveram escores compatíveis com ansiedade leve e ansiedade mínima, respectivamente. Na HADS-A, esses participantes apresentaram maior redução nos escores, comparando o pré-teste com o *follow up* (Lirio, 4 pontos a menos; Margarida, 6 pontos a menos).

A participante Jasmim apresentou escores no BAI mais elevados no pós-teste e no *follow up* do que no pré-teste; e seus resultados na HADS-A no pré-teste e no *follow up* foram iguais, com pequena redução no pós-teste.

Houve um aumento notável no desvio-padrão, para o BAI, o que indica que o grupo ficou mais discrepante em termos dos resultados. Esse aumento do desvio-padrão foi menor na HADS-A.

A Tabela 6 apresenta informações sobre o número de respostas afirmativas na MINI, com sua indicação correspondente de critério diagnóstico, para cada momento de avaliação (pré e pós-teste e *follow up*).

**Tabela 6**

*Total das Respostas Afirmitivas dos Participantes na MINI, nos Três Momentos.*

Participante	MINI Pré-Teste	MINI Pós-Teste	MINI Follow up
Lírio	2 Agorafobia sem Pânico Atual TOC Atual	1 Agorafobia sem Pânico Atual	2 Agorafobia sem Pânico Atual Fobia Social
Margarida	2 Pânico de Vida Inteira TOC Atual	2 Pânico de Vida Inteira TOC Atual	1 TOC Atual
Azaléia	2 Pânico de Vida Inteira TEPT	1 Agorafobia sem Pânico Atual	2 Agorafobia sem Pânico Atual TOC Atual
Jasmin	3 Pânico sem Agorafobia Atual Fobia Social TOC Atual	3 Pânico de Vida Inteira Fobia Social TOC Atual	3 Agorafobia sem Pânico Atual Fobia Social TOC Atual

Os quatro participantes apresentaram respostas afirmativas para sintomas característicos de Transtorno de Pânico e de Transtorno Obsessivo-Compulsivo, em algum momento da avaliação.

O participante Lírio, na medida do pré-teste, apresentou respostas características de TOC atual, mas não apresentou no pós-teste nem no *follow up*; e apresentou sintomas de fobia social no 3º momento. A Margarida apresentou sintomas de pânico de vida inteira no pré e pós-teste, o que não foi identificado nas respostas no *follow up*. A participante Azaléia apresentou critérios para TEPT no pré-teste, não os preenchendo nas outras duas medidas; porém apresentou sintomas de TOC atual no *follow up*. A Jasmim manteve os critérios diagnósticos para TOC atual e fobia social nas três medidas.

## Análise Não Paramétrica

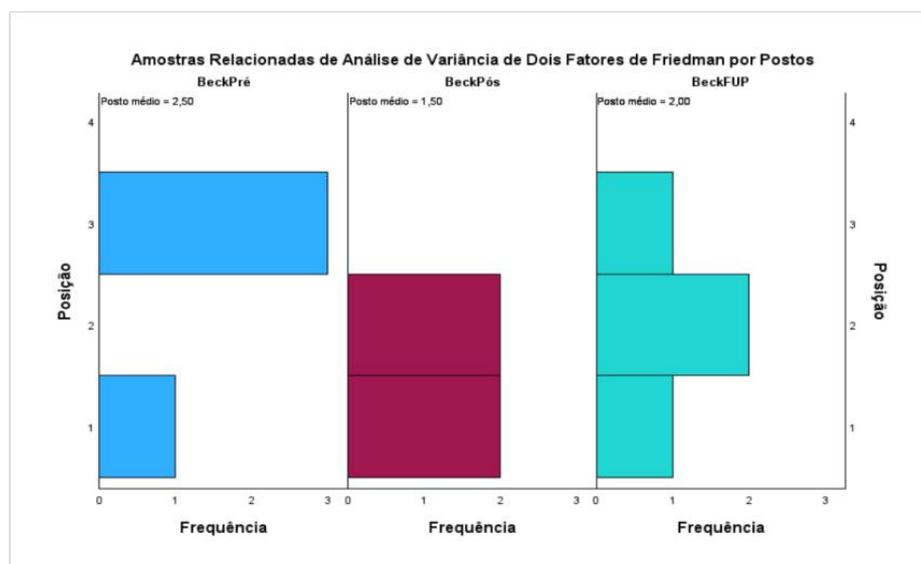
Foi realizada uma ANOVA de Friedman com o objetivo de investigar em que medida os níveis de ansiedade eram equivalentes entre o pré-teste, o pós-teste e o *follow up*.

### *Inventário de Ansiedade de Beck*

A análise com a ANOVA de Friedman para as medidas realizadas no pré-teste, pós-teste e no *follow up*, não mostrou resultados significativos ( $\chi^2=2,000$ ;  $df=2$ ;  $p=0,368$ ), considerando o grupo de quatro participantes. A Figura 1 apresenta as amostras relacionadas de Análise de Variância de Dois Fatores de Friedman por Postos medidas. Nota-se que o valor do posto médio no pré-teste (2,5) foi maior do que após a intervenção (1,5), o que é positivo. No entanto, o valor subiu no *follow up* (2,0). Apesar de ter se mantido menor que no pré-teste, a diferença entre o *follow up* e pré-teste não foi significativa, estatisticamente.

### Figura 1.

*ANOVA de Friedman para BAI no Pré-Teste, Pós-Teste e Follow Up.*



Quando realizada a comparação por método *pairwise*, observamos que as amostras pós/*follow up*, pós/pré e *follow up*/pré não alcançaram diferenças significativas (Figura 2).

## Figura 2

*Comparação das Medidas do BAI pelo Método Pairwise.*

Comparações por Método Pairwise					
Sample 1-Sample 2	Estatística de teste	Erro Padrão	Estatística de Teste Padrão	Sig.	Adj. Sig. <sup>a</sup>
BeckPós-BeckFUP	-,500	,707	-,707	,480	1,000
BeckPós-BeckPré	1,000	,707	1,414	,157	,472
BeckFUP-BeckPré	,500	,707	,707	,480	1,000

Cada linha testa a hipótese nula em que as distribuições Amostra 1 e Amostra 2 são iguais. São exibidas significâncias assintóticas (teste de 2 lados). O nível de significância é ,050.

a. Os valores de significância foram ajustados pela correção Bonferroni para vários testes.

### ***Subescala de Ansiedade da Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS-A)***

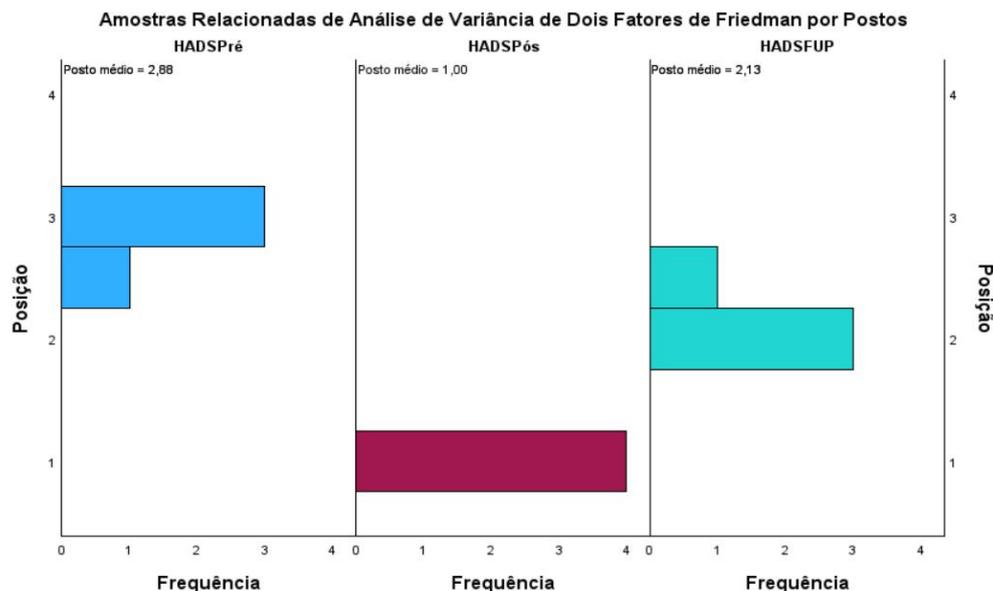
Os resultados encontrados para as três medidas da subescala de ansiedade da HADS podem ser observados na Figura 3. O valor do posto médio no pré-teste foi igual a 2,88, baixando para 1,00 no pós-teste e alcançando 2,13 no *follow up*. Verifica-se, portanto, uma queda no posto médio de pré para pós-teste, mas um aumento de pós para *follow up*, indicando uma tendência ao retorno dos escores.

A análise com a ANOVA de Friedman mostrou resultados significativos ( $\chi^2=7,600$ ;  $df=2$ ;  $p=0,022$ ), considerando o grupo de quatro participantes. A comparação por método *Pairwise* (Figura 4) demonstrou que os níveis de ansiedade no pré-teste foram significativamente maiores do que no pós-teste ( $z=2,65$ ,  $p=0,024$ ). A comparação entre o pós-teste e o *follow up* demonstrou que os escores de ansiedade no *follow up* foram maiores do que no pós-teste ( $z=-1,59$ ), confirmando uma possível

perda de efeito da intervenção ao longo do tempo. Não houve diferença estatisticamente significativa entre o *follow up* e o pós-teste na HADS-A ( $p=0,335$ ).

**Figura 3**

*ANOVA de Friedman para HADS-A no Pré-Teste, Pós-Teste e Follow Up.*



**Figura 4**

*Comparação das Medidas da HADS-A pelo Método Pairwise*

**Comparações por Método Pairwise**

Sample 1-Sample 2	Estatística de teste	Erro Padrão	Estatística de Teste Padrão	Sig.	Adj. Sig. <sup>a</sup>
HADSPós-HADSFUP	-1,125	,707	-1,591	,112	,335
HADSPós-HADSPré	1,875	,707	2,652	,008	,024
HADSFUP-HADSPré	,750	,707	1,061	,289	,867

Cada linha testa a hipótese nula em que as distribuições Amostra 1 e Amostra 2 são iguais. São exibidas significâncias assintóticas (teste de 2 lados). O nível de significância é ,050.

a. Os valores de significância foram ajustados pela correção Bonferroni para vários testes.

### Autorrelato dos Participantes

Os relatos dos participantes foram coletados ao longo das sessões, registrados pela pesquisadora, manualmente e, na última sessão, escritos por eles próprios. Os

registros foram classificados em três categorias: efeito calmante, autodescoberta e generalização.

### ***Efeito calmante***

Algumas frases proferidas pelos participantes indicaram um efeito calmante das sessões. Ao terminar a imaginação guiada, o paciente se encontrava com menor agitação motora e, às vezes, com sonolência. Alguns relatos ilustram essa categoria.

Lírio: “Aqui eu faço uma pausa no meu dia e consigo voltar com mais energia às minhas atividades”; “Várias vezes eu quase dormi, de tão relaxado!”

Margarida: “Algumas imagens se mostraram como filmes, com cenários muito reais!”; “Foi impactante a minha capacidade de me transportar para outro ambiente...”

Azaléia: “Não acreditava que era possível relaxar dessa maneira!”; “Tive sensações muito prazerosas no corpo.”

Jasmim: “As sessões foram momentos do dia para me acalmar”; “Os relaxamentos me colocaram em contato com sensações físicas antes não sentidas.”

### ***Autodescoberta***

Os quatro participantes relataram que conseguiram perceber aspectos de si próprios e de suas vidas que não tinham percebido antes das sessões. Referiram-se à experiência como algo mais profundo do que apenas relaxamento.

Lírio: “As imagens me fazem lembrar de quem eu sou!”; “Os exercícios realizados combinam com a minha visão de mundo...”

Margarida: “Foi transformador!”; “Percebi significado em pensamentos que pareciam aleatórios”

Azaléia: “(A experiência) Muito enriquecedora!”; “Atingiu níveis profundos da minha consciência”

Jasmim: Percebi melhor os gatilhos para a minha ansiedade”; “Muitos conteúdos que apareceram foram aprofundados na minha terapia”

### ***Generalização***

Os participantes apresentaram relatos indicando que utilizaram o recurso da imaginação guiada em outros contextos ou se sentiram beneficiados pelas sessões realizadas, porque os ajudavam em situações que provocavam ansiedade. A participante Jasmim não expressou nenhum relato que pudesse ser incluído nessa categoria.

Lírio: “Pude usar as imagens em outros momentos, para me acalmar...”; “Essa semana pensei várias vezes sobre a última visualização...”

Margarida: “Agora posso usar esse refúgio dentro da minha própria mente”

Azaléia: “Acho que agi diferente naquela situação (ansiogênica) porque estou mais relaxada pelas sessões realizadas aqui”.

### **Discussão**

O objetivo desse estudo foi avaliar os efeitos da intervenção com imaginação guiada sobre o nível percebido de ansiedade em adultos na clínica psicológica. Diferentemente dos estudos encontrados na literatura (Nguyen & Brymer, 2018; Parizad et al., 2021), a intervenção foi realizada individual e presencialmente, em consultório clínico, com condução verbal pela própria pesquisadora; e permitiu a interação com os participantes nas sessões de números 3, 4, 5, 7 e 8, de imaginação guiada.

Considerando o objetivo e os resultados encontrados, verifica-se que a hipótese inicial de que “as sessões semanais com imaginação guiada reduziriam a

percepção de ansiedade nos participantes ao final da intervenção e após um mês do seu término” foi parcialmente confirmada. A análise dos resultados sugere que a intervenção teve um impacto positivo imediato, especialmente a partir das medidas de ansiedade da HADS-A. No entanto, a manutenção desse efeito ao longo do tempo parece ser um desafio, conforme indicado pelas comparações entre o pós-teste e o *follow-up*.

Na HADS-A, que avalia efeitos físicos e cognitivos da ansiedade, nota-se redução dos sintomas percebidos, com maior efeito nos escores médios do grupo e nos escores individuais. Em relação ao BAI, destaca-se que o instrumento analisa mais sintomas físicos da ansiedade, os quais estão sujeitos à influência de outras variáveis na vida do indivíduo, tais como clima e fadiga física, por exemplo, o que pode ter influenciado negativamente nos resultados. Os resultados desta pesquisa apontam na mesma direção da literatura (Cole et al., 2021; Lu et al., 2022; Oliveira et al., 2023), indicando que o uso da imaginação guiada se relacionou com a diminuição dos níveis de ansiedade.

No que diz respeito aos resultados da MINI, ela é um instrumento adaptado ao contexto clínico e à avaliação de pacientes mais graves, e representa uma alternativa prática e econômica para a seleção de pacientes, segundo critérios internacionais, em estudos clínicos e epidemiológicos (Amorim, 2000). No contexto clínico, cumpre o objetivo de avaliar de maneira sucinta a presença de sintomas psiquiátricos e identificar possíveis problemas de saúde mental. Importante considerar que a mudança de diagnóstico ou de sintomas, quando o paciente não apresenta mais os critérios para determinado transtorno e passa a apresentar para outro, pode acontecer porque muitos quadros clínicos são episódicos. Dessa forma, ao emergir

um novo quadro clínico, com novas condições, as respostas do paciente podem ser compatíveis com outro diagnóstico.

Discutindo de maneira mais aprofundada os resultados encontrados a partir da MINI, levantam-se algumas hipóteses explicativas para cada caso. Analisando os resultados do participante Lírio, que deixou de apresentar critérios diagnósticos para TOC atual, que apresentava no pré-teste, e passou a preencher para fobia social no *follow up*; e os dados da Azaléia, que deixou de apresentar sintomas de TEPT do pré-teste e preencheu critérios para o diagnóstico de TOC atual no *follow up*, pode-se hipotetizar que a intervenção talvez tenha ajudado a reduzir sintomas de um quadro clínico que mascarava outro. Ou, ainda, que havia um quadro clínico latente que foi identificado apenas no 3º momento.

A Jasmim manteve, nos três momentos, resultados compatíveis com os mesmos diagnósticos, o que pode revelar a ausência de benefícios com a intervenção. Importante observar que a participante Jasmim foi a única que estava em acompanhamento psicológico durante a pesquisa, o que poderia ser um fator favorável para respostas positivas à intervenção, no entanto isso não aconteceu. O caso da participante Margarida ilustra a redução de sintomas, compatíveis com o diagnóstico de pânico, que pode ser devido à intervenção realizada.

Importante considerar que as três medidas da MINI são baseadas no autorrelato dos participantes, não se podendo descartar alguma diferença na forma de aplicação por parte da psicóloga/pesquisadora. Ademais, a pesquisa não permitiu controlar outras variáveis envolvendo aspectos da vida/histórico do participante e severidade dos sintomas de cada um. Em diferentes dias, o paciente pode apresentar nuances de um mesmo problema ou de problemas correlatos, o que pode indicar uma aparente mudança de resultado.

Quanto à análise das categorias dos relatos espontâneos, é possível perceber que os participantes se beneficiaram da intervenção, ainda que não tenha sido aplicada uma técnica específica de análise qualitativa no presente estudo. Além da intervenção específica com IG, o momento das sessões semanais foi considerado pelos participantes como um tempo dedicado a si mesmo, como atitude de autocuidado. Entre os resultados encontrados sem significância estatística, levanta-se a possibilidade de significância clínica, já que a fala dos participantes e seus resultados nos testes utilizados mostraram benefícios com a intervenção, exceto Jasmim.

Algumas limitações do estudo foram: número pequeno de casos, ausência de grupo controle e tempo curto para realização de *follow up*. Em pesquisa de intervenção na clínica, um aspecto desafiador se refere à colaboração de participantes. Foram encontradas dificuldades para adesão à pesquisa, especialmente por indisponibilidade de horário do participante. Por envolver uma intervenção e um período relativamente longo, as ocorrências da vida, como lutos, demandas de estudo e trabalho, podem ser impedimentos; verificaram-se seis desistências por razões relacionadas a essas. Estudos realizados em ambiente hospitalar (Acar & Aygin, 2019; Afshar et al., 2018) são favorecidos pelo fato de que os participantes são pacientes internados, com maior probabilidade de adesão à pesquisa. Além disso, foi necessário o cumprimento de formalizações para a conclusão do mestrado, obedecendo prazos para realização da pesquisa.

Sugere-se, para estudos futuros, a replicação da intervenção com uma amostra maior e, eventualmente, com maior número de sessões. Adicionalmente, sugere-se comparar intervenções com imaginação guiada passiva (sem a possibilidade de interação com o pesquisador) e imaginação guiada ativa (com interação).

Um aspecto a ser valorizado nessa pesquisa, é o fato de ter proporcionado atendimento gratuito a pessoas que necessitavam de suporte, naquele momento. Três participantes do grupo não estavam realizando acompanhamento psicológico e, acredita-se, encontraram benefícios com a intervenção.

### **Considerações Finais**

Como intervenção não farmacológica, a imaginação guiada oferece uma alternativa de baixo custo e risco que contribui para a redução do nível de ansiedade, podendo ser incluída em intervenções mistas de tratamento (Fitzgerald et al., 2014). É importante enfatizar que o tratamento para transtornos de ansiedade deve ser individualizado, considerando a gravidade dos sintomas e preferências do paciente. No MCC (Beck, 2013), a tomada de decisões clínicas é sempre dialogada/informada, tornando o paciente uma parte ativa e dinâmica de sua autotransformação.

## Referências

- American Psychiatric Association (APA). (2014). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5* (5ª ed.). Artmed.
- Amorim, P. (2000). Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI): validação de entrevista breve para diagnóstico de transtornos mentais. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 22, 106-115. <https://doi.org/10.1590/S1516-44462000000300003>
- Andrade, S. M. de, Cunha, M. A., Pereira, J. L., Jr., Maciel, A. L. de S., Santana, L. S. O. S., Carvalho, R. O., & de Oliveira, E. H. (2020). Uso crônico e indiscriminado de benzodiazepínicos: Uma revisão de literatura. *Research, Society and Development*, 9(7), e317973954-e317973954. <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v9i7.3954>
- Andrasik, F., Grazi, L., D'Amico, D., Sansone, E., Leonardi, M., Raggi, A., & Salgado-García, F. (2016). Mindfulness and headache: A “new” old treatment, with new findings. *Cephalalgia*, 36(12), 1192 – 1205. <https://doi.org/10.1177/0333102416667023>
- Barker, M. J., Greenwood, K. M., Jackson, M., & Crowe, S. F. (2004). Cognitive effects of long-term benzodiazepine use: A meta-analysis. *CNS Drugs*, 18, 37–48. <https://doi.org/10.2165/00023210-200418010-00004>
- Beck, J. S. (2013). *Terapia cognitivo-comportamental*. Artmed Editora.
- Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). (2011). *Dicas em saúde: Ansiedade*. [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/dicas/224\\_ansiedade.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/dicas/224_ansiedade.html)
- Blackwell, S. E. (2021). Mental imagery in the science and practice of cognitive behaviour therapy: Past, present, and future perspectives. *International Journal of Cognitive Therapy*, 14(1), 160–181. <https://doi.org/10.1007/s41811-021-00102-0>
- Botega, N. J., Bio, M. R., Zomignani, M. A., Garcia Jr, C., & Pereira, W. A. (1995). Transtornos do humor em enfermagem de clínica médica e validação de escala de medida (HAD) de ansiedade e depressão. *Revista de Saúde Pública*, 29, 359–363. <https://doi.org/10.1590/S0034-89101995000500004>
- Braun, S. M., Beurskens, A. J., Borm, P. J., Schack, T., & Wade, D. T. (2006). The effects of mental practice in stroke rehabilitation: A systematic review. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 87(6), 842 – 852. <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2006.02.034>

- Charalambous, A., Giannakopoulou, M., Bozas, E., & Paikousis, L. (2015). A randomized controlled trial for the effectiveness of progressive muscle relaxation and guided imagery as anxiety reducing interventions in breast and prostate cancer patients undergoing chemotherapy. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*. <https://doi.org/10.1155/2015/270876>
- Clark, D. A., & Beck, A. T. (2014). *Vencendo a ansiedade e a preocupação com a terapia cognitivo-comportamental: Manual do paciente*. Artmed.
- Clark, D. A., & Beck, A. T. (2016). *Terapia cognitiva para os transtornos de ansiedade: Tratamentos que funcionam - Guia do Terapeuta*. Artmed Editora.
- Cunha, J. A. (2001). *Manual da versão em português das Escalas Beck*. Casa do Psicólogo.
- Dharmayana, I. W., & Shaddri, I. (2019, April). The effect of guided imagery techniques to decrease students' anxiety in group counseling activities. In *3rd Asian Education Symposium (AES 2018)* (pp. 304-308). Atlantis Press.
- Djordjevic, J., Zatorre, R. J., Petrides, M., Boyle, J. A., & Jones-Gotman, M. (2005). Functional neuroimaging of odor imagery. *Neuroimage*, *24*(3), 791 – 801. <https://doi.org/10.1016/j.neuroimage.2004.09.035>
- Ferreira, A. B. D. H. (2009). *Novo dicionário Aurélio da língua portuguesa*. Editora Positivo.
- Fitzgerald, M. & Langevin, M. (2014). Imagery. In R. Lindquist, M. F. Tracy & M. Snyder (Eds.), *Complementary and alternative therapies in nursing* (pp. 73-98). Springer Publishing Company.
- Galvão, M. C. B., & Ricarte, I. L. M. (2021). A Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-11): características, inovações e desafios para implementação. *Asklepion: Informação em Saúde*, *1*(1), 104-118. <https://doi.org/10.21728/asklepion.2021v1n1.p104-118>
- Griffin, C. E., Kaye, A. M., Bueno, F. R., & Kaye, A. D. (2013). Benzodiazepine pharmacology and central nervous system-mediated effects. *Ochsner Journal*, *13*(2), 214–223.
- Hallal, P. C., Rocha, A. C. C. A. D., Sardinha, L. M. V., Barros, A. J., & Wehrmeister, F. C. (2023). Inquérito telefônico de fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis em tempos de pandemia (Covitel): aspectos

- metodológicos. *Cadernos de Saúde Pública*, 39, e00248922. <https://doi.org/10.1590/0102-311XPT248922>
- Kosslyn, S. M., Ganis, G., & Thompson, W. L. (2001). Neural foundations of imagery. *Nature Reviews Neuroscience*, 2(9), 635 – 642. <https://doi.org/10.1038/35090055>
- Lader, M. (2011). Benzodiazepines revisited—will we ever learn? *Addiction*, 106(12), 2086–2109. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2011.03563.x>
- Lecrubier, Y., Weiller, E., Hergueta, T., Amorim, P., Bonora, L. I., & Lépine, J. P. (2015). *Mini international neuropsychiatric interview—Brazilian version 5.0. 0. DSM-IV*. 2002.
- Manyande, A., Cyna, A. M., Yip, P., Chooi, C., & Middleton, P. (2015). Non-pharmacological interventions for assisting the induction of anaesthesia in children. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 3. CD006447. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD006447.pub2>
- Martins, S. S., Fenton, M. C., Keyes, K. M., Blanco, C., Zhu, H., & Storr, C. L. (2012). Mood and anxiety disorders and their association with non-medical prescription opioid use and prescription opioid-use disorder: longitudinal evidence from the National Epidemiologic Study on Alcohol and Related Conditions. *Psychological Medicine*, 42(6), 1261–1272. <https://doi.org/10.1017/S0033291711002145>
- NewsLab (2023). *Saúde mental preocupa 49% dos brasileiros. Em 2018, eram 18%*. <https://newslab.com.br/saude-mental-preocupa-49-dos-brasileiros-em-2018-eram-18/>
- Oliveira, G. M. de, de Souza, I. S., Lourenço, L. D. F. F., Ferreira, P. M., Assunção, M. R. S., Freitas, P. S., Fava, S. M. C. L., & Sawada, N. O. (2023). Visualização com imagem guiada no alívio dos sintomas causados pela quimioterapia: Revisão integrativa. *Contribuciones a las Ciencias Sociales*, 16(8), 13749-13767. <https://doi.org/10.55905/revconv.16n.8-286>
- Petry, M. C. & Basso, L. A. (2015). O trabalho com imagens mentais. In R. Wainer (Orgs.), *Terapia Cognitiva Focada em Esquemas*. 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. <http://dx.doi.org/10.5935/1808-5687.20170008>

- Silva, L. A. A. D., Guimarães, P. R. B., Marques, A. D. C. B., Marcondes, L., Barbosa, C. S., Costa, P. C. P., & Kalinke, L. P. (2022). Effects of guided imagery relaxation in hematopoietic stem-cell transplantation patients: A quasi-experimental study. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 75(5). <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2022-0114>
- Vanzeler, M. L. A. (2020). Transtornos de ansiedade e avaliação psicológica: Instrumentos utilizados no Brasil. *Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento*, 13, 100 – 120. <https://doi.org/10.32749/nucleodoconhecimento.com.br/psicologia/instrumentos-utilizados>
- Weiner, E. S., & Simpson, J. A. (1998). *The Oxford English Dictionary*. Oxford.
- World Health Organization (WHO). (2022). *World mental health report: transforming mental health for all*.

## Conclusão da Dissertação

Os dois artigos apresentados nesta dissertação abordam o uso da imaginação guiada como intervenção para reduzir a ansiedade em diferentes contextos. A revisão abrangente da literatura destaca uma produção científica recente sobre o tema, mas relativamente escassa, a predominância de estudos iranianos e a variedade de populações e contextos nos quais a imaginação guiada mostrou efeitos positivos na redução da ansiedade. Além disso, ela revela a ausência de avaliações de seguimento em alguns estudos e a comparação favorável da imaginação guiada com outras abordagens não farmacológicas.

No estudo quase experimental, descrito no segundo artigo, a imaginação guiada foi utilizada como intervenção individual, presencialmente, com condução da pesquisadora, sem uso de recurso de áudio gravado, em adultos na clínica psicológica. Os resultados indicam uma redução imediata dos sintomas percebidos de ansiedade, especialmente nas medidas da HADS-A, mas mostraram desafios na manutenção desse efeito ao longo do tempo. Consideram-se limitações no estudo, o número pequeno de casos, a ausência de grupo controle, período curto de *follow up* e a dificuldade de adesão à pesquisa.

Ambos os artigos convergem para a eficácia potencial da imaginação guiada na redução da ansiedade, embora destaquem desafios específicos, como a manutenção dos efeitos ao longo do tempo e a necessidade de estudos mais abrangentes. Considerando as poucas pesquisas recentes e as limitações metodológicas, fica a sugestão de direções para pesquisas futuras.

Esta dissertação contribuiu para uma compreensão mais ampla dos benefícios e desafios associados à aplicação da imaginação guiada como intervenção para a ansiedade. Consiste em um avanço pelo fato de a pesquisa de intervenção ter sido

realizada na clínica psicológica, presencialmente, com condução verbal pela própria pesquisadora, permitindo a interação com o participante, algo que a literatura pesquisada não apresentou.

Estudos futuros podem envolver maior número de bases de dados para a revisão sistemática e um número maior de participantes para a intervenção, com tempo de intervalo superior para o *follow up*.

## ANEXO 1

### QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO

1. DATA DE NASCIMENTO: \_\_\_\_\_

#### 2. GÊNERO

- Mulher cisgênero
- Homem cisgênero
- Mulher transexual/transgênera
- Homem transexual/transgênero
- Não binário
- Prefiro não me classificar

#### 3. SITUAÇÃO CONJUGAL

- Solteiro(a)
- Casado(a)/união estável
- Separado(a)/divorciado(a)
- Viúvo(a)

4. FILHOS?  NÃO  SIM. QUANTOS? \_\_\_\_

#### 5. ESCOLARIDADE

- Ensino fundamental 1
- Ensino fundamental 2
- Ensino médio
- Graduação
- Pós-graduação

#### 6. QUAL A SUA RAÇA OU COR?

- amarela  branca  parda  preta  indígena

#### 7. QUAL A SUA SITUAÇÃO QUANTO AO EMPREGO NO MOMENTO ATUAL?

- Trabalho em emprego fixo, com todos os direitos trabalhistas
- Trabalho em emprego fixo, sem direitos trabalhistas
- Trabalho por conta própria regularmente/às vezes (autônomo)
- Estou desempregado(a)/ não estou trabalhando
- Nunca trabalhei
- Estou aposentado/a
- Outra. Qual? \_\_\_\_\_

OBRIGADA!

**M.I.N.I.**

**Mini International Neuropsychiatric  
Interview**

**Brazilian version 5.0.0**

**DSM IV**

**Y. Lecrubier, E. Weiller, T. Hergueta, P. Amorim, L.I. Bonora, J.P.  
Lépine**

**Hôpital Salpêtrière – Paris –  
França**

**D. Sheehan, J. Janavs, R. Baker, K.H. Sheehan, E. Knapp, M. Sheehan**

**University of South Florida –  
Tampa – E.U.A.**

*Tradução para o português (Brasil) : P. Amorim*

© 1992, 1994, 1998, 2000, Sheehan DV & Lecrubier Y.

Todos os direitos são reservados. Este documento não pode ser reproduzido, todo ou em parte, ou cedido de qualquer forma, incluindo fotocópias, nem armazenado em sistema informático, sem a autorização escrita prévia dos autores. Os pesquisadores e os clínicos que trabalham em instituições públicas (como universidades,

**hospitais, organismos governamentais) podem fotocopiar o M.I.N.I. para utilização no contexto estrito de suas atividades clínicas e de investigação.**

**MINI 5.0.0 / Versão Brasileira / DSM-IV / Atual**

<b>Nome do(a) entrevistado(a):</b> _____	<b>Número do protocolo:</b> _____
<b>Data de nascimento:</b> _____	<b>Hora de início da entrevista:</b> _____
<b>Nome do(a) entrevistador(a):</b> _____	<b>Hora do fim da entrevista:</b> _____

MÓDULOS	PERÍODO EXPLORADO DOS	CRITÉRIOS PREENCHI	DSM-IV	CID-10
A EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR (EDM)	Atual (2 semanas) Recorrente		296.20-296.26 Único 296.30-296.36 Recorrente	F3 2.x F3 3.x
EDM COM CARACTERÍSTICAS MELANCOLÍCAS (opcional)	Atual (2 semanas)		296.20-296.26 Único 296.30-296.36 Recorrente	F32.x F33.x
B TRANSTORNO DISTÍMICO	Atual (Últimos 2 anos)		300.4	F34.1
C RISCO DE SUICÍDIO	Atual (Último mês) Risco: Alto Baixo Médio		nenhum	nenhum
D EPISÓDIO MANÍACO	Atual		296.00-296.06	F30.x
F31 9	Passado			
EPISÓDIO HIPOMANÍACO	Atual		296.80-296.89	F31.8
F31.9/F34.0	Passado			
E TRANSTORNO DE PÂNICO	Atual (Último mês)		300.01/300.21	F40.01
F41.0	Vida inteira			
F AGORAFOBIA	Atual		300.22	F40.00
G FOBIA SOCIAL	Atual (Último mês)		300.23	F40.1
H TRANSTORNO OBSESSIVO-COMPULSIVO (TOC)	Atual (Último mês)		300.3	F42.8
I TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO	Atual (Último mês)		309.81	F43.1
J DEPENDÊNCIA DE ÁLCOOL	(Últimos 12 meses)		303.9	F10.2x
ABUSO DE ÁLCOOL	(Últimos 12 meses)		305.00	F10.1
K DEPENDÊNCIA DE SUBSTÂNCIA (Não álcool)	(Últimos 12 meses)		304.00- .90/305.20-.90	F11.0- F19.1
ABUSO DE SUBSTÂNCIA (Não álcool)	(Últimos 12 meses)		304.00-	F11.0-

			.90/305.20-.90	F19.1
L	SÍNDROME PSICÓTICA	Atual Vida inteira		
	TRANSTORNO DO HUMOR COM CARACTERÍSTICAS PSICÓTICAS	Atual	296.24/296.04	
	F32.3/F33.3//F31.2	Vida inteira	296.24/296.04	
	F32.3/F33.3//F31.2			
M	ANOREXIA NERVOSA	Atual (Últimos 3 meses)	307.1	F50.0
N	BULIMIA NERVOSA	Atual (Últimos 3 meses)	307.51	F50.2
	ANOREXIA NERVOSA, TIPO COMPULSÃO PERIÓDICA PURGATIVO	Atual	307.1	F50.0
O	TRANSTORNO DE ANSIEDADE GENERALIZADA	Atual (Últimos 6 meses)	300.02	F41.1
P	TRANSTORNO DA PERSONALIDADE ANTI-SOCIAL (opcional)	Vida inteira	301.7	F60.2

---

## INSTRUÇÕES GERAIS

---

O M.I.N.I. (DSM IV) é uma entrevista diagnóstica padronizada, de aplicação rápida (em torno de 15 minutos), que explora os principais Transtornos Psiquiátricos do Eixo I do DSM IV (American Psychiatric Association, 1994). O M.I.N.I. pode ser utilizado por clínicos, após uma formação breve. Os entrevistadores não clínicos necessitam de uma formação mais intensiva.

- **Entrevista:**

Com o objetivo de reduzir o mais possível a duração da entrevista deve-se preparar o(a) entrevistado(a) para este enquadramento clínico pouco habitual, informando que lhe serão feitas perguntas precisas sobre os seus problemas psicológicos e que se espera dele(a) respostas “sim” ou “não”.

- **Apresentação:**

O MINI está dividido em **módulos** identificados por letras, cada um correspondendo a uma categoria diagnóstica.

- No início de cada um dos módulos diagnósticos (exceto o módulo “L” que explora os sintomas psicóticos), uma ou várias questões/filtros que correspondem aos critérios principais do Transtorno são apresentadas num quadro com fundo acinzentado.
- No final de cada módulo, um ou vários **quadros diagnósticos** permite(m) ao clínico indicar se os critérios de diagnóstico foram ou não preenchidos.

- **Convenções:**

*As frases escritas em “letras minúsculas”* devem ser lidas “palavra por palavra” para o(a) entrevistado(a) de modo a padronizar a exploração de cada um dos critérios diagnósticos.

*As frases escritas em “MAÍUSCULAS”* não devem ser lidas para o(a) entrevistado(a). São instruções às quais o clínico deve-se referenciar de modo a integrar os algoritmos diagnósticos ao longo de toda a entrevista.

*As frases escritas em “negrito”* indicam o período de tempo a explorar. O clínico deve lê-las tantas vezes quanto necessário, ao longo da exploração dos sintomas e só levar em conta aqueles presentes ao longo desse período.

*As frases escritas entre* (parêntesis) são exemplos clínicos que descrevem o sintoma avaliado. Podem ser lidos de modo a clarificar a questão.

Quando os termos são separados por uma barra ( / ) o clínico deve considerar apenas o termo que corresponde ao sintoma apresentado pelo(a) entrevistado(a) e que foi explorado anteriormente.

*As respostas com uma seta sobreposta* ( ) indicam que um dos critérios necessários ao estabelecimento do diagnóstico explorado não é preenchido. O clínico deve ir diretamente para o fim do módulo, cotar “**NÃO**” no(s) quadro(s) diagnóstico(s) correspondente(s) e passar ao módulo seguinte.

- **Instruções de cotação :**

Todas as perguntas feitas devem ser cotadas. A cotação faz-se à direita de cada uma das questões, envolvendo com um círculo a resposta correspondente do(a) entrevistado(a), seja “SIM” ou “NÃO”.

O clínico deve se assegurar que cada um dos termos formulados na questão foi, de

fato, considerado pelo(a) entrevistado(a) na sua resposta (em particular, os critérios de duração, de frequência e as alternativas “e / ou”).

Não levar em conta os sintomas imputáveis a uma doença física, ou ao uso de medicamentos, droga ou álcool.

---

Se tem questões ou sugestões, se deseja ser treinado(a) na utilização do M.I.N.I. ou informado(a) das atualizações, pode contactar:

Yves LECRUBIER, M.D. / Thierry  
HERGUETA, M.S.

Inserm U302  
Hôpital de la  
Salpêtrière 47,  
boulevard de  
l'Hôpital  
F. 75651 PARIS  
FRANCE

tel: +33 (0) 1 42 16 16 59  
fax: +33 (0) 1 45 85 28 00  
e-mail : [hergueta@ext.jussieu.fr](mailto:hergueta@ext.jussieu.fr)

Patrícia AMORIM, M.D.,  
PhD Instituto HUMUS  
Rua 89 nº 225 Setor  
Sul 74093-140 –  
Goiânia - Goiás  
BRASIL

Tel: + 55 241 41 74  
fax: + 55 241 41 74  
e-mail:

[pat.amorim@terra.com.br](mailto:pat.amorim@terra.com.br)

David V Sheehan,  
M.D., M.B.A.  
University of South  
Florida Institute for  
Research in Psychiatry  
3515 East Fletcher  
Avenue TAMPA, FL  
USA 33613-4788

ph: +1 813 974 4544  
fax: +1 813 974 4575  
e-mail :  
[dsheehan@com1.med.usf.edu](mailto:dsheehan@com1.med.usf.edu)

## A. EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR

SIGNIFICA : **IR DIRETAMENTE** AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S),  
**ASSINALAR NÃO** EM CADA UM E **PASSAR** AO MÓDULO SEGUINTE

A1	Nas duas últimas semanas, sentiu-se triste, desanimado(a), deprimido(a), durante a maior parte do dia, quase todos os dias?	NÃO	SIM	1
A2	Nas duas últimas semanas, quase todo tempo, teve o sentimento de não ter mais gosto por nada de ter perdido o interesse e o prazer pelas coisas que lhe agradam	NÃO	SIM	2
<b>A1 OU A2 SÃO COTADAS SIM ?</b>		→		

- A3** Durante as duas últimas semanas, quando se sentia deprimido(a) / sem interesse pela maioria das coisas:
- a O seu apetite mudou de forma significativa, ou o seu peso aumentou ou diminuiu sem que o tenha desejado ? (variação de  $\pm 5\%$  ao longo do mês, isto é,  $\pm 3,5$  Kg, para uma pessoa de 65 Kg)  
 COTAR **SIM**, SE RESPOSTA **SIM** NUM CASO OU NO OUTRO
- NÃO SIM 3**
- b Teve problemas de sono quase todas as noites (dificuldade de pegar no sono, acordar no meio da noite ou muito cedo, dormir demais)?
- NÃO SIM 4**
- c Falou ou movimentou-se mais lentamente do que de costume ou pelo contrário, sentiu-se agitado(a) e incapaz de ficar sentado quieto(a), quase todos os dias?
- NÃO SIM 5**
- d Sentiu-se a maior parte do tempo cansado(a), sem energia, quase todos os dias?
- NÃO SIM 6**
- e Sentiu-se sem valor ou culpado(a), quase todos os dias?
- NÃO SIM 7**
- f Teve dificuldade de concentrar-se ou de tomar decisões, quase todos os dias?
- NÃO SIM 8**
- g Teve, por várias vezes, pensamentos ruins como, por exemplo, pensar que seria melhor estar morto(a) ou pensar em fazer mal a si mesmo(a) ?
- NÃO SIM 9**

**A4** HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS "SIM" EM A3 ?  
 (ou 4 se A1 OU A2 = "NÃO")

<b>NÃO</b>	<b>SIM *</b>
<b>EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR ATUAL</b>	

SE O(A) ENTREVISTADO(A) APRESENTA UM EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR ATUAL:

**A5a** Ao longo da sua vida, teve outros períodos de 2 semanas ou mais, em que se sentiu deprimido (a) ou sem interesse pela maioria das coisas e

dur

ante os quais teve os problemas dos quais falamos [ SINTOMAS EXPLORADOS DE A3a à A3g ]?

**NÃO**

**SIM**

**10**

b Entre esses períodos de depressão que apresentou ao longo de sua vida, alguma vez teve um intervalo de pelo menos 2 meses em que não apresentou nenhum problema de depressão ou de perda de interesse ?

**NÃO**

**SIM**

**11**

**A5b É COTADA SIM ?**

<b>NÃO</b>	<b>SIM</b>
<b>EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR RECORRENTE</b>	

\* SE O(A) ENTREVISTADO(A) APRESENTA UM EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR, COTAR AS QUESTÕES CORRESPONDENTES (A6d, A6e) NA PÁGINA 5

A'. EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR COM CARACTERÍSTICAS MELANCÓLICAS  
(opcional)

SIGNIFICA : **IR DIRETAMENTE** AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S),  
**ASSINALAR NÃO** EM CADA UM E **PASSAR** AO MÓDULO SEGUINTE

SE O(A) ENTREVISTADO(A) APRESENTA UM EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR ATUAL (A4 = **SIM**), EXPLORAR O SEGUINTE:

A6 a	<b>A2 É COTADA SIM ?</b>	NÃO	SIM	12
b	Durante este último período de depressão, quando sentiu-se pior, perdeu a capacidade de reagir às coisas que antes lhe agradavam ou o (a) alegravam?	NÃO	SIM	13
	<b>SE NÃO:</b> Quando acontecia alguma coisa agradável, era incapaz de sentir-se melhor, mesmo temporariamente?			
	<b>A6a OU A6b SÃO COTADAS SIM ?</b>	NÃO	SIM	

**Durante as duas últimas semanas, quando se sentia deprimido (a) e sem interesse pela maioria das coisas:**

A7 a	Os sentimentos depressivos que tinha eram diferentes daqueles que se pode sentir quando se perde uma pessoa querida?	NÃO	SIM	14
b	Quase todos os dias, sentia-se, em geral, pior pela manhã ?	NÃO	SIM	15
c	Acordava pelo menos duas horas mais cedo do que o habitual, e tinha dificuldade para voltar a dormir, quase todos os dias?	NÃO	SIM	16
d	<b>A3c É COTADA SIM</b> (ALTERAÇÕES PSICOMOTORAS)?	NÃO	SIM	17
e	<b>A3a É COTADA SIM</b> (ALTERAÇÕES DO APETITE / DO PESO)?	NÃO	SIM	18
f	Sentia-se excessivamente culpado(a) ou sentia uma culpa exagerada em relação à situação que vivia?	NÃO	SIM	19

HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS "SIM" EM A7 ?

<b>NÃO</b>	<b>SIM</b>
<b>EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR com Características Melancólicas ATUAL</b>	

## B. TRANSTORNO DISTÍMICO

SIGNIFICA : **IR DIRETAMENTE** AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S),  
**ASSINALAR NÃO** EM CADA UM E **PASSAR** AO MÓDULO SEGUINTE

NÃO EXPLORAR ESTE MÓDULO SE O(A) ENTREVISTADO(A) APRESENTA UM  
EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR ATUAL.

B1	Durante os últimos 2 anos, sentiu-se triste, desanimado(a), deprimido(a), a maior parte do tempo ?	NÃO	SIM	20
B2	Ao longo desse período, sentiu-se bem durante 2 meses ou mais ?	NÃO	SIM	21
B3	<b>Desde que se sente deprimido(a) a maior parte do tempo:</b>			
a	O seu apetite mudou de forma significativa ?	NÃO	SIM	22
b	Tem problemas de sono ou dorme demais ?	NÃO	SIM	23
c	Sente-se cansado ou sem energia ?	NÃO	SIM	24
d	Perdeu a auto-confiança ?	NÃO	SIM	25
e	Tem dificuldade de concentrar-se ou de tomar decisões ?	NÃO	SIM	26
f	Sente-se sem esperança ?	NÃO	SIM	27
	HÁ PELO MENOS 2 RESPOSTAS “SIM” EM B3?	NÃO	SIM	
B4	Esses problemas causam - lhe um sofrimento importante ou perturbam de maneira significativa seu trabalho, suas relações sociais, ou outras áreas importantes ?	NÃO	SIM	28
	<b>B4 É COTADA SIM?</b>	<b>NÃO</b>	<b>SIM</b>	

**TRANSTORNO  
DISTÍMICO  
ATUAL**

## C. RISCO DE SUICÍDIO

---

<b>Durante o último mês:</b>				<b>Pontos</b>
C1	Pensou que seria melhor estar morto (a) ou desejou estar morto (a) ?	NÃO SIM		<b>1</b>
C2	Quis fazer mal a si mesmo (a) ?	NÃO SIM		<b>2</b>
C3	Pensou em suicídio ?	NÃO SIM		<b>6</b>
C4	Pensou numa maneira de se suicidar ?	NÃO SIM		<b>10</b>
C5	Tentou o suicídio ?	NÃO SIM		<b>10</b>

### **Ao longo da sua vida:**

C6	Já fez alguma tentativa de suicídio ?	NÃO SIM		<b>4</b>
----	---------------------------------------	---------	--	----------

HÁ PELO MENOS UM "SIM" DE C1 À C6 ?

SE SIM, SOMAR O NÚMERO TOTAL DE PONTOS DAS  
QUESTÕES COTADAS **SIM** DE C1 - C6 E ESPECIFICAR  
O RISCO DE SUICÍDIO ATUAL COMO SE SEGUE:

**NÃO**                      **SIM**

**RISCO DE SUICÍDIO  
ATUAL**

**1-5** pontos Baixo

**6-9** pontos Moderado

**10** pontos Alto

## D. EPISÓDIO (HIPO)MANÍACO

SIGNIFICA : **IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ASSINALAR NÃO EM CADA UM E PASSAR AO MÓDULO SEGUINTE**

D1 a	Alguma vez teve um período em que se sentia tão eufórico(a) ou cheio(a) de energia que isso lhe causou problemas, ou em que as pessoas à sua volta pensaram que não estava no seu estado habitual ? (NÃO CONSIDERAR PERÍODOS QUE OCORREM APENAS SOB O EFEITO DE DROGAS OU ÁLCOOL)	NÃO	SIM	1
	SE O(A) ENTREVISTADO(A) NÃO COMPREENDE O SIGNIFICADO DE “EUFÓRICO” OU “CHEIO DE ENERGIA”, EXPLICAR DA SEGUINTE MANEIRA: Por eufórico ou cheio de energia, quero dizer estar excessivamente ativo(a), excitado(a), ter menos necessidade de dormir, ter pensamentos rápidos, estar cheio(a) de idéias ou extremamente motivado(a) ou criativo(a) ou extremamente impulsivo(a).	NÃO	SIM	2
	<b>SE D1a = SIM:</b> b Sente-se, atualmente, eufórico (a) ou cheio (a) de energia?			
D2 a	Alguma vez teve um período em que, por vários dias, estava tão irritável que insultava as pessoas, gritava ou chegava até a brigar com quem não era de sua família? Você mesmo ou alguém achou que você estava mais irritável ou hiperativo(a), comparado(a) a outras pessoas, mesmo em situações em que isso lhe parecia justificável ? (NÃO CONSIDERAR OS PERÍODOS QUE OCORREM APENAS SOB O EFEITO DE DROGAS OU ÁLCOOL)	NÃO	SIM	3
	<b>SE D2a = SIM:</b> b Sente-se, continuamente irritável atualmente?	NÃO	SIM	4
	<b>D1a OU D2a SÃO COTADAS “SIM” ?</b>	NÃO	SIM	

D3 SE **D1b** OU **D2b** = “SIM”: EXPLORAR O EPISÓDIO ATUAL  
SE **D1b** E **D2b** = “NÃO” : EXPLORAR O EPISÓDIO MAIS GRAVE

**Quando se sentiu mais eufórico(a), cheio(a) de energia ou mais irritável :**

a	Tinha a sensação que podia fazer coisas que os outros seriam incapazes de fazer ou que você era alguém especialmente importante?	NÃO	SIM	5
b	Tinha menos necessidade de dormir do que costume (por ex., sentia-se repousado(a) com apenas poucas horas de sono) ?	NÃO	SIM	6
c	Falava sem parar ou tão rapidamente que as pessoas não conseguiam compreendê-lo(a) ?	NÃO	SIM	7
d	Os pensamentos corriam tão rapidamente na sua cabeça que não conseguia acompanhá- los ?	NÃO	SIM	8
e	Distraía-se com tanta facilidade que a menor interrupção o fazia perder o fio daquilo que estava fazendo ou pensando ?	NÃO	SIM	9
f	Estava tão ativo(a) e agitado(a) que as outras pessoas se preocupavam por sua causa ?	NÃO	SIM	10

- g Desejava tanto fazer coisas que lhe pareciam agradáveis ou tentadoras que não pensava nos riscos ou nos problemas que isso poderia causar (gastar demais, dirigir de forma imprudente, ter uma atividade sexual pouco habitual para você...)? NÃO SIM 11
- HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS "SIM" EM D3  
OU 4 SE D1a = "NÃO" (EPISÓDIO PASSADO) OU D1b = "NÃO" (EPISÓDIO ATUAL)? NÃO SIM
- D4 Esses problemas dos quais acabamos de falar já duraram pelo menos uma semana E lhe causaram dificuldades em casa, no trabalho / na escola ou nas suas relações sociais NÃO SIM 12  
OU você foi hospitalizado(a) por causa desses problemas?  
COTAR SIM, SE SIM NUM CASO OU NO OUTRO

**D4 É COTADA "NÃO" ?**

SE **SIM**, ESPECIFICAR SE O EPISÓDIO É ATUAL OU PASSADO

**NÃO SIM**

**EPISÓDIO  
HIPOMANÍACO**

**Atual  
Passado**

**D4 É COTADA "SIM" ?**

SE **SIM**, ESPECIFICAR SE O EPISÓDIO É ATUAL OU PASSADO

**NÃO SIM**

**EPISÓDIO MANÍACO**

**Atual  
Passado**

## E. TRANSTORNO DE PÂNICO

SIGNIFICA : IR DIRETAMENTE PARA E5, ASSINALAR NÃO E PASSAR AO MÓDULO SEGUINTE

E1	a	Alguma vez teve episódios repetidos durante os quais se sentiu <b>subitamente</b> muito ansioso(a), muito desconfortável ou assustado(a), mesmo em situações em que a maioria das pessoas não se sentiria assim ?	NÃO	SI	1
	b	<b>SE SIM:</b> Estes episódios de ansiedade atingiam sua intensidade máxima em menos de 10 minutos?	NÃO	M	2
				SIM	
E2		Alguns desses episódios de ansiedade, mesmo há muito tempo, foram imprevisíveis ou ocorreram sem que nada os provocasse/ sem motivo ?	NÃO	SIM	3
E3		Após um ou vários desses episódios, já houve um período de pelo menos um mês durante o qual teve medo de ter outros episódios ou estava preocupado(a) com as suas possíveis consequências ?	NÃO	SIM	4
E4		<b>Durante o episódio em que se sentiu pior :</b>			
	a	Teve palpitações ou o seu coração bateu muito rápido ?	NÃO	SIM	5
	b	Transpirou ou ficou com as mãos úmidas ?	NÃO	SIM	6
	c	Teve tremores ou contrações musculares ?	NÃO	SIM	7
	d	Teve dificuldade para respirar ou sentiu-se abafado(a) ?	NÃO	SIM	8
	e	Teve a impressão de sufocar ou de ter um nó na garganta ?	NÃO	SIM	9
	f	Sentiu dor ou aperto ou desconforto no peito ?	NÃO	SIM	10
	g	Teve náuseas, problemas de estômago ou diarreia repentina ?	NÃO	SIM	11
	h	Sentiu-se tonto(a), com vertigens ou ao ponto de desmaiar ?	NÃO	SIM	12
	i	Teve a impressão que as coisas à sua volta eram estranhas ou irrealis ou sentiu-se como que desligado (a) do todo ou de uma parte do seu corpo ?	NÃO	SIM	13
	j	Teve medo de enlouquecer ou de perder o controle ?	NÃO	SIM	14
	k	Teve medo de morrer ?	NÃO	SIM	15
	l	Teve dormências ou formigamentos no corpo ?	NÃO	SIM	16
	m	Teve ondas de frio ou de calor ?	NÃO	SIM	17
E5		<b>E3 = SIM E HÁ PELO MENOS 4 RESPOSTAS "SIM" EM E4 ?</b>	NÃO	SIM	
			<i>Transtorno de Pânico Vida inteira</i>		
E6		<b>SE E5 = "NÃO", HÁ PELO MENOS UMA RESPOSTA "SIM" EM E4 ?</b>	NÃO	SIM	
		<b>SE E6 = "SIM", PASSAR A F1.</b>	<i>Ataques Pobres em Sintomas Vida inteira</i>		
E7		Durante o último mês, teve pelo menos 2 desses episódios de ansiedade, seguidos de um medo constante de ter outro episódio ?	NÃO	SIM	18

**F. AGORAFOBIA**

F1	Sente-se particularmente ansioso(a) ou desconfortável em lugares ou em situações das quais é difícil ou embaraçoso escapar ou, ainda, em que é difícil ter ajuda como estar numa multidão, esperando numa fila, longe de casa ou sozinho (a) em casa, atravessando uma ponte, dentro de um ônibus, de um carro ou de um avião?	NÃO	SIM	19
----	--	-----	-----	----

SE F1 = “NÃO”, COTAR “NÃO” EM F2.

F2	Tem tanto medo dessas situações que na prática, evita-as, sente um intenso mal-estar quando as enfrenta ou procura estar acompanhado(a) ao ter que enfrentá-las ?	NÃO	SIM	20
----	---	-----	-----	----

*A  
g  
o  
r  
a  
f  
o  
b  
i  
a  
  
A  
t  
u  
a  
l*

F2 (Agorafobia Atual) É COTADA “NÃO” e E7 (Transtorno de Pânico Atual) É COTADA “SIM” ?

NÃO	SIM
<b>TRANSTORNO DE PÂNICO sem Agorafobia</b>	

F2 (Agorafobia Atual) É COTADA “SIM” e E7 (Transtorno de Pânico Atual) É COTADA “SIM” ?

NÃO	SIM
<b>TRANSTORNO DE PÂNICO com Agorafobia</b>	

F2 (Agorafobia Atual) É COTADA “SIM” e

E5 (Transtorno de Pânico Vida Inteira) É COTADA “NÃO” ?

NÃO

SIM

**AGORAFOBIA**

*sem história de Transtorno de Pânico*

---

### G. FOBIA SOCIAL (*Transtorno de Ansiedade Social*)

SIGNIFICA : **IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ASSINALAR NÃO EM CADA UM E PASSAR AO MÓDULO SEGUINTE**

G1	Durante o último mês, teve medo ou sentiu-se incomodado(a) por estar no centro das atenções, teve medo de ser humilhado(a) em algumas situações sociais; por exemplo, quando devia falar diante de um grupo de pessoas, ou comer com outras pessoas ou em locais públicos, ou escrever quando alguém estava olhando ?	NÃO	SIM	1
G2	Acha que esse medo é excessivo ou injustificado ?	NÃO	SIM	2
G3	Tem tanto medo dessas situações sociais que, na prática, as evita ou sente um intenso mal-estar quando as enfrenta ?	NÃO	SIM	3
G4	Esse medo causa-lhe um sofrimento importante ou perturba de forma significativa seu trabalho ou suas relações sociais?	NÃO	SIM	4

G4 É COTADA “SIM” ?

NÃO

SIM

**FOBIA SOCIAL**  
*(Transtorno de Ansiedade Social) ATUAL*

## H. TRANSTORNO OBSESSIVO-COMPULSIVO

SIGNIFICA : **IR DIRETAMENTE** AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S),  
**ASSINALAR NÃO** EM CADA UM E **PASSAR** AO MÓDULO SEGUINTE

H1 Durante o último mês, teve, com frequência, pensamentos/idéias ou impulsos ou imagens desagradáveis, inapropriados ou angustiantes que voltavam repetidamente à sua mente, mesmo não querendo? (por exemplo, a idéia de que estava sujo(a) **ou** que tinha micróbios **ou** medo de contaminar os outros **ou** de agredir alguém mesmo contra a sua vontade **ou** de agir impulsivamente **ou** medo ou superstição de ser responsável por coisas ruins **ou** ainda de ser invadido por idéias/ imagens sexuais ou religiosas repetitivas, dúvidas incontroláveis **ou** uma necessidade de colecionar **ou** ordenar as coisas? )

**NÃO**

**SIM**

**passar a**

**H4**

1

NÃO LEVAR EM CONSIDERAÇÃO PREOCUPAÇÕES EXCESSIVAS COM PROBLEMAS REAIS DA VIDA COTIDIANA, NEM AS OBSESSÕES LIGADAS À PERTURBAÇÃO DO COMPORTAMENTO ALIMENTAR, DESVIOS SEXUAIS, JOGO PATOLÓGICO, ABUSO DE DROGAS OU ÁLCOOL, PORQUE O(A) ENTREVISTADO(A) PODE TER PRAZER COM ESSAS EXPERIÊNCIAS E DESEJAR RESISTIR A ELAS APENAS POR SUAS CONSEQÜÊNCIAS NEGATIVAS.

H2 Tentou, mas não conseguiu resistir a algumas dessas idéias, ignorá-las ou livrar-se delas ?

**NÃO**

**SIM**

**passar a**

**H4**

2

H3 Acha que essas idéias são produto de seus próprios pensamentos e que não lhe são impostas do exterior ?

**NÃO**

**IM**

S

3

obsessões

compulsões

H4 Durante o último mês, teve, com frequência, a necessidade de fazer certas coisas sem parar, sem poder impedir-se de fazê-las, como lavar as mãos muitas vezes, contar ou verificar as coisas sem parar, arrumá-las, colecioná-las ou fazer rituais religiosos?

**NÃO**

**SIM 4**

**H3 OU H4 SÃO  
COTADAS “SIM” ?**

**NÃO**

**SIM**

H5 Pensa que essas idéias invasivas e/ou comportamentos repetitivos são irracionais, absurdos(as) ou exagerados(as) ?

**NÃO**

**SIM 5**

H6 Essas idéias invasivas e/ou comportamentos repetitivos perturbam de forma significativa seu trabalho, suas atividades cotidianas, suas relações sociais ou tomam mais de uma hora por dia do seu tempo ?

**NÃO**

**SIM**

**6**

**H6 É COTADA “SIM” ?**

**NÃO**

**SIM**

**TRANSTORNO OBSESSIVO-  
COMPULSIVO ATUAL**

## I. TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO (opcional)

SIGNIFICA : **IR DIRETAMENTE** AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S),  
**ASSINALAR NÃO** EM CADA UM E **PASSAR** AO MÓDULO SEGUINTE

I1	Alguma vez viveu ou presenciou ou teve que enfrentar um acontecimento extremamente traumático, no decorrer do qual morreram pessoas, ou você mesmo e/ou outros foram ameaçados de morte ou foram gravemente feridos ou atingidos na sua integridade física? EXEMPLOS DE CONTEXTOS TRAUMÁTICOS: ACIDENTE GRAVE, AGRESSÃO, ESTUPRO, ASSALTO A MÃO ARMADA, SEQÜESTRO, RAPTO, INCÊNDIO, DESCOBERTA DE CADÁVER, MORTE SÚBITA NO MEIO EM QUE VIVE, GUERRA, CATÁSTROFE NATURAL...	NÃO	SIM	1
I2	Durante o último mês, pensou freqüentemente nesse acontecimento de forma penosa ou sonhou com ele ou freqüentemente teve a impressão de revivê-lo?	NÃO	SIM	2
I3	<b>Durante o último mês:</b>			
a	Tentou não pensar nesse acontecimento ou evitou tudo o que pudesse fazê-lo(a) lembrar-se dele?	NÃO	SIM	3
b	Teve dificuldades de lembrar-se exatamente do que se passou?	NÃO	SIM	4
c	Perdeu o interesse pelas coisas das quais gostava antes?	NÃO	SIM	5
d	Sentiu-se desligado(a) de tudo ou teve a impressão de se ter tornado um(a) estranho(a) em relação aos outros?	NÃO	SIM	6
e	Teve dificuldade de sentir as coisas, como se não fosse mais capaz de amar?	NÃO	SIM	7
f	Teve a impressão de que a sua vida não seria nunca mais a mesma, ou que morreria mais cedo do que as outras pessoas ?	NÃO	SIM	8
	<b>HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS “SIM” EM I3 ?</b>	NÃO	SIM	
I4	<b>Durante o último mês:</b>			
a	Teve dificuldade de dormir ?	NÃO	SM	9
b	Estava particularmente irritável, teve explosões de raiva facilmente?	NÃO	SIM	10
c	Teve dificuldades de se concentrar ?	NÃO	SIM	11
d	Estava nervoso(a), constantemente alerta?	NÃO	SIM	12
e	Ficava sobressaltado(a) por quase nada?	NÃO	SIM	13
	<b>HÁ PELO MENOS 2 RESPOSTAS “SIM” EM I4 ?</b>	NÃO	SIM	
I5	Durante o último mês, esses problemas perturbaram de forma significativa seu trabalho, suas atividades cotidianas ou suas relações sociais?	NÃO	SIM	14

**I5 É COTADA SIM?**

**NÃO      SIM**

***TRANSTORNO  
DE ESTRESSE  
PÓS-  
TRAUMÁTICO  
ATUAL***

## J. DEPENDÊNCIA / ABUSO DE ÁLCOOL

SIGNIFICA : **IR DIRETAMENTE** AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S),  
**ASSINALAR NÃO** EM CADA UM E **PASSAR** AO MÓDULO SEGUINTE

J1	<b>Nos últimos 12 meses</b> , em três ou mais ocasiões você bebeu pelo menos cinco latas de cerveja ou uma garrafa de vinho ou três doses de uma bebida alcoólica forte (pinga, caipirinha, conhaque, vodka, whisky...), num período de três horas ?	NÃO	SIM	1
----	--	-----	-----	---

### J2 Nos últimos 12 meses:

a	Constatou que precisava de quantidades cada vez maiores de álcool para obter o mesmo efeito ?	NÃO	SIM	2
b	Quando bebia menos, as suas mãos tremiam, transpirava ou sentia-se agitado (a) ? Alguma vez bebeu uma dose para evitar esses problemas ou evitar uma ressaca? COTAR <b>"SIM"</b> , SE RESPOSTA <b>"SIM"</b> NUM CASO OU NO OUTRO	NAO	SIM	3
c	Quando começava a beber, com frequência bebia mais do que pretendia ?	NÃO	SIM	4
d	Tentou, mas não conseguiu diminuir seu consumo de álcool ou parar de beber ?	NÃO	SIM	5
e	Nos dias em que bebia, passava muito tempo procurando bebida, bebendo ou se recuperando dos efeitos do álcool ?	NÃO	SIM	6
f	Reduziu suas atividades (lazer, trabalho, cotidianas) ou passou menos tempo com os amigos ou a família por causa da bebida ?	NÃO	SIM	7
g	Continuou a beber mesmo sabendo que isso lhe causava problemas de saúde ou problemas psicológicos?	NÃO	SIM	8

HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS "SIM" EM J2 ?

NÃO	SIM
<b>DEPENDÊNCIA DE ÁLCOOL ATUAL</b>	

### J3 Durante os últimos 12 meses:

a	Ficou embriagado ou de "ressaca" várias vezes, quando tinha coisas para fazer no trabalho (/ na escola) ou em casa ? Isso lhe causou problemas? COTAR <b>"SIM"</b> SOMENTE SE A EMBRIAGUEZ / RESSACA CAUSOU PROBLEMAS	NÃO	SIM	9
b	Por várias vezes esteve sob o efeito do álcool em situações em que isso era fisicamente arriscado como dirigir, utilizar uma máquina ou um instrumento perigoso... ?	NÃO	SIM	10
c	Por várias vezes teve problemas legais como uma interpelação ou uma condenação ou uma detenção porque tinha bebido?			

O

NÃO

M SI  
11

d Continuou a beber mesmo sabendo que a bebida lhe causava problemas com seus familiares ou com outras pessoas ?

O NÃO

M NÃO SI SIM

HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS "SIM" EM J2 ?

NÃO	SI	SIM
ABUSO DE <sup>12</sup> ÁLCOOL ATUAL		

---

**K. DEPENDÊNCIA / ABUSO DE SUBSTÂNCIAS (NÃO ALCOÓLICAS)**

SIGNIFICA : **IR DIRETAMENTE** AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S),  
**ASSINALAR NÃO** EM CADA UM E **PASSAR** AO MÓDULO SEGUINTE

K1 Agora, vou lhe mostrar / ler (MOSTRAR A LISTA DAS SUBSTÂNCIAS / LER A LISTA ABAIXO) uma lista de drogas e de medicamentos e gostaria que me dissesse se, durante os últimos 12 meses, usou várias vezes uma destas substâncias para se sentir melhor, para mudar o seu estado de humor ou para ficar “ de cabeça feita / chapado(a)”? →

ENVOLVER COM UM CÍRCULO CADA SUBTÂNCIA CONSUMIDA

ESTIMULANTES : anfetaminas, “bolinha”, “rebite”, ritalina, pílulas anorexígenas ou tira-fome.

COCAÍNA: “coca”, pó, “neve”, “branquinha”, pasta de coca, merla, crack, pedra

OPIÁCEOS: heroína, morfina, pó de ópio (Tintura de ópio , Elixir Paregórico , Elixir de Dover ), codeína (Belacodid , Belpar , Pambenyl ), meperidina (Dolantina , Demerol ), propoxifeno (Algafan , Doloxene A ), fentanil (Inoval )

ALUCINOGÊNEOS: L.S.D., “ácido”, mescalina, PCP, êxtase (MDMA), cogumelos, “vegetal” (Ayhuaska, daime, hoasca), Artane .

SOLVENTES VOLÁTEIS: “cola”, éter, “lança perfume”, “cheirinho”, “loló”

CANABINÓIDES: cannabis, “erva”, maconha, “baseado”, hasish, THC, bangh, ganja, diamba, marijuana, marihuana

SEDATIVOS: Valium , Diazepam , Dienpax , Somalium , Frisium , Psicosedin , Lexotan , Lorax , Halcion , Frontal , Rohypnol , Urbanil , Sonebon , barbitúricos

DIVERSOS: Anabolisantes, esteróides, remédio para dormir ou para cortar o apetite sem prescrição médica.

Toma outras substâncias?

ESPECIFICAR A(S) SUBSTÂNCIA (S) MAIS CONSUMIDA (S): \_\_\_\_\_

ESPECIFICAR A(S) SUBSTÂNCIA (S) A SER(EM) EXPLORADA(S) SEGUNDO OS CRITÉRIOS ABAIXO INDICADOS:

- SE HÁ CONSUMO DE VÁRIAS SUBSTÂNCIAS (AO MESMO TEMPO OU SEQUENCIALMENTE):  
CADA SUBSTÂNCIA (OU CLASSE DE SUBSTÂNCIAS)  
SEPARADAMENTE  
SOMENTE A SUBSTÂNCIA (OU CLASSE DE SUBSTÂNCIAS) MAIS CONSUMIDA
- SE HÁ CONSUMO DE UMA SÓ SUBSTÂNCIA (OU CLASSE DE SUBSTÂNCIAS): SOMENTE UMA SUBSTÂNCIA (OU CLASSE DE SUBSTÂNCIAS)

- K 2 Considerando o seu consumo de [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA], durante os últimos 12 meses:**
- a Constatou que precisava de quantidades cada vez maiores de [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA] para obter o mesmo efeito ? NÃO SIM 1
- b Quando usava menos ou parava de consumir [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA], tinha problemas como dores, tremores, febre, fraqueza, diarreia, náuseas, suores, aceleração do coração, dificuldade de dormir ou sentir-se agitado(a), ansioso (a), irritável ou deprimido (a) ?  
Ou você tomava qualquer outra coisa para evitar esses problemas ou para se sentir melhor ? NÃO SIM 2  
COTAR "SIM", SE RESPOSTA "SIM" NUM CASO OU NO OUTRO
- c Quando começava a usar [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA], frequentemente consumia mais do que pretendia ? NÃO SIM 3
- d Tentou, sem conseguir, diminuir ou parar de usar [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA]? NÃO SIM 4
- e Nos dias em que usava [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA], passava mais de 2 horas tentando conseguir a(s) droga(s), se drogando, ou se recuperando dos efeitos do(a) [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA], ou ainda pensando nessas drogas ? NÃO SIM 5
- f Reduziu as suas atividades (lazer, trabalho, cotidianas) ou passou menos tempo com os amigos ou a família por causa da(s) droga(s) ? NÃO SIM 6
- g Continuou a usar [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA] mesmo sabendo que esta(s) lhe causava(m) problemas de saúde ou problemas psicológicos? NÃO SIM 7

HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS "SIM" EM K2 ?

ESPECIFICAR A(S) SUBSTÂNCIA(S):

---

<p>NÃO SIM</p> <p><b>DEPENDÊNCIA DE SUBSTÂNCIA(S) ATUAL</b></p>
---

**K3 Durante os últimos 12 meses:**

- a Por várias vezes ficou intoxicado ou “ de cabeça feita / chapado(a)” com [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA], quando tinha coisas para fazer no trabalho (/ na escola) ou em casa ? Isso lhe causou problemas? NÃO SIM 8  
COTAR "SIM" SOMENTE SE A INTOXICAÇÃO CAUSOU PROBLEMAS
- b Por várias vezes esteve sob o efeito de [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE

- SUBSTÂNCIAS SELECCIONADA] em situações em que isso era fisicamente arriscado como dirigir, utilizar uma máquina ou um instrumento perigoso, etc.?
- c Por várias vezes teve problemas legais como uma interpelação ou uma condenação ou uma detenção porque tinha usado [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECCIONADA]?
- d Continuou a usar [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECCIONADA] mesmo sabendo que esta(s) droga(s) lhe causava(m) problemas com os seus familiares ou com outras pessoas ?

NÃO SIM 9

NÃO SIM 10

NÃO SIM 11

HÁ PELO MENOS 1 "SIM" EM K3 ?

ESPECIFICAR A(S) SUBSTÂNCIA(S) :

---

NÃO

SIM

***ABUSO DE  
SUBSTÂNCIA(S) ATUAL***

## L. SÍNDROME PSICÓTICA

PARA TODAS AS QUESTÕES DESTE MÓDULO, PEDIR UM EXEMPLO EM CASO DE RESPOSTA POSITIVA.

SÓ COTAR **SIM** SE OS EXEMPLOS MOSTRAM CLARAMENTE UMA DISTORÇÃO DO PENSAMENTO E / OU DA PERCEPÇÃO OU SE SÃO CULTURALMENTE INAPROPRIADOS OU DISTOANTES.

AVALIAR SE OS SINTOMAS DESCRITOS APRESENTAM OU NÃO CARACTERÍSTICAS "BIZARRAS" E COTAR A ALTERNATIVA APROPRIADA..

**DELÍRIOS BIZARROS** : SÃO AQUELES CUJO CONTEÚDO É MANIFESTAMENTE ABSURDO, IMPLAUSÍVEL, INCOMPREENSÍVEL E QUE NÃO PODE ESTAR BASEADO EM EXPERIÊNCIAS HABITUAIS DA VIDA.

**ALUCINAÇÕES BIZARRAS:** VOZES QUE COMENTAM OS PENSAMENTOS OU OS ATOS DO(A) ENTREVISTADO(A) OU

DUAS OU MAIS VOZES QUE CONVERSAM ENTRE SI.

				<b>BIZARR</b>	
Agora vou fazer-lhe algumas perguntas sobre experiências pouco comuns ou estranhas que algumas pessoas podem ter.				<b>0</b>	
L1a	Alguma vez acreditou que alguém o(a) espionava ou estava conspirando contra você ou tentando lhe fazer mal ?	NÃO	SIM	SIM	1
b	<b>SE SIM</b> : Atualmente acredita nisso ?	NÃO	SIM	<b>L6a</b>	2
L2a	Alguma vez acreditou que alguém podia ler ou ouvir os seus pensamentos ou que você podia ler ou ouvir os pensamentos de outra (s) pessoa (s) ?	NÃO		SIM	3
b	<b>SE SIM</b> : Atualmente acredita nisso ?	NÃO		<b>L6a</b>	4
L3a	Alguma vez acreditou que alguém ou alguma força exterior colocava, dentro da sua cabeça, pensamentos estranhos que não eram os seus ou o(a) fazia agir de uma maneira diferente do seu jeito habitual ? Alguma vez acreditou que estava possuído(a) ?	NÃO	SIM	SIM	5
b	<b>SE SIM</b> : Atualmente acredita nisso ?	NÃO	SIM	<b>L6a</b>	6
L4a	Alguma vez acreditou que estava recebendo mensagens especiais através da televisão, do rádio ou do jornal ou teve a impressão de que alguém que não conhecia pessoalmente estava particularmente interessado em você?	NÃO	SIM	SIM	7
b	<b>SE SIM</b> : Atualmente acredita nisso ?	NÃO	SIM	<b>L6a</b>	8
L5a	Alguma vez teve idéias que os seus familiares ou amigos achavam				

	estranhas ou fora da realidade e que eles não compartilhavam com você ?	NÃO	SIM	SIM	9
	COTAR “SIM” APENAS SE O(A) ENTREVISTADO(A) APRESENTA CLARAMENTE IDÉIAS DELIRANTES HIPOCONDRÍACAS OU DE POSSESSÃO, DE CULPA , DE RUÍNA, DE GRANDEZA OU OUTRAS NÃO EXPLORADAS PELAS QUESTÕES DE L1 A L4				
b	<b>SE SIM</b> : Atualmente eles acham suas idéias estranhas ?	NÃO	SIM	SIM	10
L6a	Alguma vez ouviu coisas que outras pessoas não podiam ouvir, como, por exemplo, vozes? COTAR “SIM” “BIZARRO” UNICAMENTE SE O(A) ENTREVISTADO(A) RESPONDE SIM À QUESTÃO: Estas vozes comentavam os seus pensamentos ou atos ou ouvia duas ou mais vozes falando entre elas?	NÃO	SIM	SIM	11
b	<b>SE SIM</b> : Ouviu essas coisas/ vozes no último mês?	NÃO	SIM	SIM	12
L7a	Alguma vez viu alguma coisa ou alguém que outras pessoas presentes não podiam ver, isto é, teve visões quando estava completamente acordado? COTAR “SIM” SE AS VISÕES SÃO CULTURALMENTE INAPROPRIADAS OU DESTOANTES.	NÃO	SIM		13
b	<b>SE SIM</b> : Teve essas visões no último mês?	NÃO	SIM		14
	<u>OBSERVAÇÕES DO CLÍNICO:</u>				
L8b	ATUALMENTE O(A) ENTREVISTADO(A) APRESENTA UM DISCURSO CLARAMENTE INCOERENTE OU DESORGANIZADO OU APRESENTA UMA PERDA EVIDENTE DAS ASSOCIAÇÕES ?	NÃO	SIM		15
L9b	ATUALMENTE O(A) ENTREVISTADO(A) APRESENTA UM COMPORTAMENTO CLARAMENTE DESORGANIZADO OU CATATÔNICO?	NÃO	SIM		16
L10b	Os SINTOMAS NEGATIVOS TÍPICAMENTE ESQUIZOFRÊNICOS (EMBOTAMENTO AFETIVO, POBREZA DO DISCURSO, FALTA DE ENERGIA OU DE INTERESSE PARA INICIAR OU TERMINAR AS ATIVIDADES) SÃO PROEMINENTES DURANTE A ENTREVISTA?	NÃO	SIM		17
L11	DE L1 A L10 HÁ PELO MENOS : UMA QUESTÃO « b » COTADA “SIM” BIZARRO OU DUAS QUESTÕES « b » COTADAS “SIM” ( <u>NÃO BIZARRO</u> ) ?	NÃO                      SIM		<i>SÍNDROME PSICÓTICA ATUAL</i>	
L12	DE L1 A L7 HÁ PELO MENOS: UMA QUESTÃO « a » COTADA “SIM” BIZARRO OU DUAS QUESTÕES « a » COTADAS “SIM” ( <u>NÃO BIZARRO</u> ) ? (VERIFICAR SE OS SINTOMAS OCORRERAM AO MESMO TEMPO) OU L11 É COTADA “SIM” ?	NÃO                      SIM		<i>SÍNDROME PSICÓTICA VIDA INTEIRA</i>	
L13a	SE L12 É COTADA “SIM” E SE HÁ PELO MENOS UM “SIM” DE L1 A L7:				

O(A) ENTREVISTADO(A) APRESENTA

UM EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR ATUAL (A4 = SIM) OU  
PASSADO (A5b = SIM)

OU

NÃO SIM

UM EPISÓDIO MANÍACO ATUAL OU PASSADO (D4 = SIM) ?

b SE L13a É COTADA “SIM”:

Você me disse, há pouco, que teve um (vários) período(s) em que se sentiu deprimido (a) / eufórico(a) / continuamente irritável.

Ao longo da sua vida, as idéias ou experiências das quais acabamos de falar, como (CITAR OS SINTOMAS COTADOS "SIM" DE L1 À L7) ocorreram **somente** durante esse(s) período(s) em que se sentia deprimido (a) /eufórico (a) / continuamente irritável ?

NÃO SIM 18

c SE L13a É COTADA “SIM”:

**ATUALMENTE** O(A) ENTREVISTADO(A)  
APRESENTA UM EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR  
(A4) OU UM EPISÓDIO MANÍACO (D4) ASSOCIADO  
A UMA SÍNDROME PSICÓTICA (L11) ?

NÃO SIM

**TRANSTORNO DO HUMOR**  
*com características*  
*psicóticas ATUAL*

d L13b OU L13c SÃO COTADAS “SIM”?

NÃO SIM

**TRANSTORNO DO HUMOR**  
*com características*  
*psicóticas VIDA INTEIRA*

---

## M. ANOREXIA NERVOSA

SIGNIFICA : **IR DIRETAMENTE** AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S),  
**ASSINALAR NÃO** EM CADA UM E **PASSAR** AO MÓDULO SEGUINTE

M1a	Qual é a sua altura ?	_ _ _  cm		
b	Nos últimos 3 meses, qual foi seu peso mais baixo ?	_ _ _  kg		
c	O PESO DO(A) ENTREVISTADO(A) É INFERIOR AO LIMITE CRÍTICO INDICADO PARA A SUA ALTURA ? (Ver TABELA DE CORRESPONDÊNCIA ABAIXO)	NÃO	SIM	1

### Durante os últimos 3 meses:

M2	Tentou não engordar , embora pesasse pouco ?	NÃO	SIM	2
M3	Teve medo de ganhar peso ou de engordar demais, mesmo estando abaixo do seu peso normal ?	NÃO	SIM	3
M4a	Achou que era muito gordo(a) ou pensou que uma parte do seu corpo era muito gorda ?	NÃO	SIM	4
b	Sua opinião sobre si mesmo(a) ou a sua auto-estima foram muito influenciadas pelo seu peso ou por suas formas corporais ?	NÃO	SIM	5
c	Achou que o seu peso era normal ou até excessivo ?	NÃO	SIM	6
M5	HÁ PELO MENOS 1 "SIM" EM M4 ?	NÃO	SIM	
M6	APENAS PARA AS MULHERES: Nos últimos três meses sua menstruação não veio quando normalmente deveria ter vindo ( na ausência de uma gravidez) ?	NÃO	SIM	7

**PARA AS MULHERES: M5 E M6 SÃO COTADAS "SIM" ?**  
**PARA OS HOMENS: M5 É COTADA "SIM" ?**

NÃO	SIM
<b>ANOREXIA NERVOSA ATUAL</b>	

### TABELA DE CORRESPONDÊNCIA ALTURA - LIMITE CRÍTICO DE PESO (SEM SAPATOS, SEM ROUPA)

Mulheres altura/ peso															
cm	145	147	150	152	155	158	160	163	165	168	170	173	175	178	_____

kgs	38	39	39	40	41	42	43	44	45	46	47	49	50	51	
<b>Homens altura/ peso</b>															
cm	155	156	160	163	165	168	170	173	175	178	180	183	185	188	191
kgs	47	48	49	50	51	51	52	53	54	55	56	57	58	59	61

Os limites de peso acima correspondem a uma redução de 15% em relação ao peso normal, segundo o gênero, como requerido pelo DSM-IV. Essa tabela reflete pesos 15% menores que o limite inferior do intervalo da distribuição normal da Tabela de Peso da Metropolitan Life Insurance.

---

## N. BULIMIA NERVOSA

SIGNIFICA : **IR DIRETAMENTE** AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S),  
**ASSINALAR NÃO** EM CADA UM E **PASSAR** AO MÓDULO SEGUINTE

N1	Nos últimos 3 meses, teve crises de “comer descontroladamente” durante as quais ingeriu quantidades enormes de alimentos num espaço de tempo limitado, isto é, em menos de 2 horas?	NÃO	SIM	8				
N2	Durante os últimos 3 meses, teve crises de “comer descontroladamente” pelo menos duas vezes por semana ?	NÃO	SIM	9				
N3	Durante essas crises de “comer descontroladamente” tem a impressão de não poder parar de comer ou de não poder limitar a quantidade de alimento que come ?	NÃO	SIM	10				
N4	Para evitar engordar depois das crises de “comer descontroladamente”, faz coisas como provocar o vômito, dietas rigorosas, praticar exercícios físicos importantes, tomar laxantes, diuréticos ou medicamentos para tirar a fome ?	NÃO	SIM	11				
N5	Sua opinião sobre si mesmo(a) ou a sua auto-estima são muito influenciadas pelo seu peso ou pelas suas formas corporais ?	NÃO	SIM	12				
N6	O (A) ENTREVISTADO(A) APRESENTA UMA ANOREXIA NERVOSA (MÓDULO “M”)?	NÃO	SIM	13				
N7	Estas crises de “comer descontroladamente” ocorrem <b>sempre</b> que o seu peso é inferior a ___Kg* ?	NÃO	SIM	14				
* RETOMAR O PESO CRÍTICO DO(A) ENTREVISTADO(A) EM FUNÇÃO DA SUA ALTURA E SEXO.NA TABELA DO MÓDULO “M” (ANOREXIA NERVOSA)								
N8	N5 É COTADA "SIM" E N7 COTADA “NÃO” (OU NÃO COTADA)?	<table border="1"><tr><td>NÃO</td><td>SIM</td></tr><tr><td colspan="2"><b>BULIMIA NERVOSA ATUAL</b></td></tr></table>			NÃO	SIM	<b>BULIMIA NERVOSA ATUAL</b>	
NÃO	SIM							
<b>BULIMIA NERVOSA ATUAL</b>								

N7 É COTADA "SIM" ?

NÃO

SIM

***ANOREXIA NERVOSA***  
***tipo Compulsão Periódica /***  
***Purgativa***  
***ATUAL***

## O. TRANSTORNO DE ANSIEDADE GENERALIZADA

SIGNIFICA : **IR DIRETAMENTE** AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S),  
**ASSINALAR NÃO** EM CADA UM E **PASSAR** AO MÓDULO SEGUINTE

O1	a	Durante os últimos 6 meses, sentiu-se excessivamente preocupado (a), inquieto (a), ansioso (a) com relação a vários problemas da vida cotidiana ( trabalho / escola, casa, familiares / amigos), ou teve a impressão ou lhe disseram que se preocupava demais com tudo ?	NÃO	SIM	1
	b	Teve essas preocupações quase todos os dias?	NÃO	SIM	2
		A ANSIEDADE DESCRITA É RESTRITA EXCLUSIVAMENTE A, OU MELHOR EXPLICADA POR QUALQUER OUTRO TRANSTORNO JÁ EXPLORADO ATÉ AQUI ? [POR EX, MEDO DE TER UM ATAQUE DE PÂNICO (TRANSTORNO DE PÂNICO), DE SER HUMILHADO EM PÚBLICO (FOBIA SOCIAL), DE SER CONTAMINADO (TOC), DE GANHAR PESO (ANOREXIA NERVOSA), ETC]..	NÃO	SIM	3
O2		Tem dificuldade em controlar essas preocupações (/ essa ansiedade) ou ela (s) o(a) impede(m) de se concentrar no que tem que fazer?	NÃO	SIM	4
		DE <b>O3</b> A <b>O3f</b> COTAR “ <b>NÃO</b> ” SE OS SINTOMAS OCORREM EXCLUSIVAMENTE NO CONTEXTO DE QUALQUER OUTRO TRANSTORNO JÁ EXPLORADO ANTERIORMENTE			
O3		<b>Nos últimos seis meses, quando se sentia excessivamente preocupado(a), inquieto(a), ansioso(a), quase todo o tempo:</b>			
	a	Sentia –se agitado(a), tenso(a), com os nervos à flor da pele?	NÃO	SIM	4
	b	Tinha os músculos tensos?	NÃO	SIM	5
	c	Sentia-se cansado (a), fraco(a) ou facilmente exausto(a)?	NÃO	SIM	6
	d	Tinha dificuldade de se concentrar ou tinha esquecimentos / “brancos” ?	NÃO	SIM	7
	e	Sentia-se particularmente irritável ?	NÃO	SIM	8
	f	Tinha problemas de sono (dificuldade de pegar no sono, acordar no meio da noite ou muito cedo, dormir demais)?	NÃO	SIM	9

**HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS “SIM” EM O3 ?**

**NÃO** **SIM**

***TRANSTORNO DE  
ANSIEDADE  
GENERALIZADA ATUAL***

**P. TRANSTORNO DA PERSONALIDADE ANTI-SOCIAL (opcional)**

**SIGNIFICA : IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ASSINALAR NÃO EM CADA UM E PASSAR AO MÓDULO SEGUINTE**

---

**P1 Antes dos 15 anos:**

a	Freqüentemente faltou à escola ou passou a noite fora de casa ?	NÃO	SIM	1
b	Freqüentemente mentiu, passou a perna/ enganou os outros ou roubou ?	NÃO	SIM	2
c	Provocou, ameaçou ou intimidou os outros ?	NÃO	SIM	3
d	Destruiu ou incendiou coisas de propósito ?	NÃO	SIM	4
e	Fez sofrer animais ou pessoas de propósito?	NÃO	SIM	5
f	Forçou alguém a ter relações sexuais com você?	NÃO	SIM	6

**HÁ PELO MENOS 2 RESPOSTAS “SIM” EM P1?** NÃO SIM

**NÃO COTAR “SIM” NAS QUESTÕES ABAIXO SE OS COMPORTAMENTOS DESCRITOS ACONTECEM UNICAMENTE EM CONTEXTOS POLÍTICOS OU RELIGIOSOS ESPECÍFICOS.**

**P2 Depois dos 15 anos:**

a	Freqüentemente teve comportamentos que os outros achavam irresponsáveis, como não pagar as dívidas, agir impulsivamente ou não querer trabalhar para se sustentar ?	NÃO	SIM	7
b	Fez coisas ilegais (mesmo que não tenha sido preso/a), como destruir a propriedade alheia, roubar, vender droga ou cometer um crime?	NÃO	SIM	8
c	Freqüentemente foi violento(a) fisicamente, inclusive com seu(sua) companheiro (a) ou seus filhos ?	NÃO	SIM	9
d	Freqüentemente mentiu, passou a perna ou enganou os outros para obter dinheiro ou prazer ou mentiu apenas para se divertir ?	NÃO	SIM	10
e	Expôs pessoas a perigos sem se preocupar com elas?	NÃO	SIM	11
f	Não sentiu nenhuma culpa depois de ter mentido, ferido, maltratado ou roubado alguém, ou destruído a propriedade alheia?	NÃO	SIM	12

---

HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS "SIM" EM P2 ?

NÃO                  SIM

*TRANSTORNO  
DA  
PERSONALIDAD  
E ANTI-SOCIAL  
VIDA INTEIRA*

---

**REFERÊNCIAS**

Lecrubier Y, Sheehan D, Weiller E, Amorim P, Bonora I, Sheehan K, Janavs J, Dunbar G. The Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.), a short diagnostic interview : Reliability and validity according to the CIDI. *European Psychiatry*, 1997 ; **12** : 232-241.

Sheehan DV, Lecrubier Y, Harnett Sheehan K, Janavs J, Weiller E, Keskiner A, Schinka J, Knapp E, Sheehan MF, Dunbar GC. Reliability and validity of the Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.) according to the SCID-P. *European Psychiatry*, 1997 ; **12** : 232-241.

Sheehan DV, Lecrubier Y, Harnett Sheehan K, Amorim P, Janavs J, Weiller E, Hergueta T, Baker R, Dunbar G. The Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.), : The development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview. *Journal of Clinical Psychiatry*, 1998 ; 59 [suppl 20] : 22-33.

Amorim P, Lecrubier Y, Weiller E, Hergueta T, Sheehan D. DSM-III-R Psychotic disorders : procedural validity of the Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.). Concordance and causes for discordance with the CIDI. *European Psychiatry*, 1998 ; **13** : 26-34.

<b>Traduções</b>	<b>M.I.N.I. 4.4 e versões anteriores</b>	<b>M.I.N.I. 4.6/5.0, M.I.N.I. Plus 4.6/5.0, M.I.N.I. Screen 5.0:</b>
Afrikaans	R. Emsley	
Alemão	I. van Denffer, M. Ackenheil, R. Dietz-Bauer	G. Stotz, R. Dietz-Bauer, M. Ackenheil
Arabe		O. Osman, E. Al-Radi
Basco		Em preparação
Bengali		H. Banerjee, A. Banerjee
Búlgaro		L.G. Hranov
Catalão		Em preparação
Checo		P. Zvolsky
Chinês		L. Carroll, K-d Juang
Croata		Em preparação
Dinamarquês	P. Bech	P. Bech, T. Scütze
Esloveno	M. Kocmur	M. Kocmur
Espanhol	L. Ferrando, J. Bobes-Garcia, J. Gilbert-Rahola, Y. Lecrubier	L. Ferrando, L. Franco-Alfonso, M. Soto, J. Bobes- Garcia, O. Soto, L. Franco, G. Heinze
Estonian	J. Shlik, A. Aluoja, E. Kihl	
Farsi/Persa		K. Khooshabi, A. Zomorodi
Finlandês	M. Heikkinen, M. Lijeström, O. Tuominen	M. Heikkinen, M. Lijeström, O. Tuominen
Francês	Y. Lecrubier, E. Weiller, P. Amorim, L. Bonora, J.P. Lepine	Y. Lecrubier, E. Weiller, P. Amorim, T. Hergueta
Grego	S. Beratis	T. Calligas, S. Beratis
Gujarati		M. Patel, B. Patel
Hebreu	J. Zohar, Y. Sasson	R. Barda, I. Levinson
Híndi		C. Mittal, K. Batra, S. Gambhir
Holandês/ Flamenco	I. Van Vliet, H. Leroy, H. van Megen	E. Griez, K. Shruers, T. Overbeek, K. Demyttenaere
Húngaro	I. Bitter, J. Balazs	I. Bitter, J. Balazs
Inglês	D. Sheehan, J. Janavs, R. Baker, K. Harnett-Sheehan, E. Knapp, M. Sheehan	D. Sheehan, R. Baker, J. Janavs, K. Harnett- Sheehan, M. Sheehan
Islandês		J.G. Stefansson
Italiano	L. Bonora, L. Conti, M. Piccinelli, M. Tansella,	L. Conti, A. Rossi, P. Donda

G. Cassano, Y. Lecrubier, P. Donda, E. Weiller

Japonês		T. Otsubo, H. Watanabe, H. Miyaoka, K. Kamijima, J. Shinoda, K. Tanaka, Y. Okajima
Letão	V. Janavs, J. Janavs, I. Nagobads	V. Janavs, J. Janavs
Norueguês	G. Pedersen, S. Blomhoff	K.A. Leiknes, U. Malt, E. Malt, S. Leganger
Polaco	M. Masiak, E. Jasiak	M. Masiak, E. Jasiak
Português	P. Amorim	P. Amorim, T. Guterres, P. Levy
Português - Brasil	P. Amorim	P. Amorim
Punjabi		A. Gahunia, S. Gambhir
Romeno		O. Driga
Russo		A. Bystitsky, E. Selivra, M. Bystitsky
Sérvio	I. Timotijevic	I. Timotijevic
Setswana		K. Ketlogetswe
Sueco	M. Waern, S. Andersch, M. Humble	C. Allgulander, M. Waern, A. Brimse, M. Humble, H. Agren
Turco	T. Ornek, A. Keskiner, I. Vahip	T. Ornek, A. Keskiner
Urdu		A. Taj, S. Gambhir

---

O desenvolvimento e a validação do M..I.N.I. foram possíveis graças, em parte, a fundos cedidos pelos laboratórios SmithKline Beecham e pela Comissão Europeia

**ANEXO 3**  
**HADS -A**

Este questionário ajudará o seu médico a saber como você está se sentindo. Leia todas as frases. Marque com um “X” a resposta que melhor corresponder a como você tem se sentido na ÚLTIMA SEMANA. Não é preciso ficar pensando muito em cada questão. Neste questionário as respostas espontâneas têm mais valor do que aquelas em que se pensa muito. Marque apenas uma resposta para cada pergunta.

**A (1) Eu me sinto tenso ou contraído:**

- 3 ( ) A maior parte do tempo
- 2 ( ) Boa parte do tempo
- 1 ( ) De vez em quando
- 0 ( ) Nunca

**A (2) Eu sinto uma espécie de medo, como se alguma coisa ruim fosse acontecer:**

- 3 ( ) Sim, e de um jeito muito forte
- 2 ( ) Sim, mas não tão forte
- 1 ( ) Um pouco, mas isso não me preocupa
- 0 ( ) Não sinto nada disso

**A (3) Estou com a cabeça cheia de preocupações:**

- 3 ( ) A maior parte do tempo
- 2 ( ) Boa parte do tempo
- 1 ( ) De vez em quando
- 0 ( ) Raramente

**A (4) Consigo ficar sentado a vontade e me sentir relaxado:**

- 0 ( ) Sim, quase sempre
- 1 ( ) Muitas vezes
- 2 ( ) Poucas vezes
- 3 ( ) Nunca

**A (5) Eu tenho uma sensação ruim de medo, como um frio na barriga ou um aperto no estômago:**

- 0 ( ) Nunca
- 1 ( ) De vez em quando
- 2 ( ) Muitas vezes
- 3 ( ) Quase sempre

**A (6) Eu me sinto inquieto, como se eu não pudesse ficar parado em nenhum lugar:**

- 3 ( ) Sim, demais
- 2 ( ) Bastante
- 1 ( ) Um pouco
- 0 ( ) Não me sinto assim

**A (7) De repente, tenho a sensação de entrar em pânico:**

- 3 ( ) A quase todo momento
- 2 ( ) Várias vezes

1 ( ) De vez em quando

0 ( ) Não sinto isso

## ANEXO 4

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado/a a participar da pesquisa “*O uso da imaginação guiada no tratamento de ansiedade em pacientes adultos na psicologia clínica*”, de responsabilidade da psicóloga Patricia Regina Lopes Galvão, estudante de mestrado do Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília, sob orientação da Profa. Dra. Eliane Maria Fleury Seidl. O objetivo desta pesquisa é analisar os resultados do uso de técnicas de imaginação guiada na redução da ansiedade em pacientes adultos que tenham esse diagnóstico.

Você receberá todos os esclarecimentos necessários antes, durante e após a finalização da pesquisa, e lhe asseguro que o seu nome não será divulgado, sendo mantido o mais rigoroso sigilo mediante a omissão total de informações que permitam identificá-lo/a. Os dados provenientes de sua participação na pesquisa, tais como questionários e entrevistas ficarão sob a guarda da pesquisadora responsável pelo estudo.

A coleta de dados será realizada por meio de entrevista, aplicação de escalas de ansiedade e oito a dez sessões individuais com a psicóloga e pesquisadora responsável. É para estes procedimentos que você está sendo convidado a participar. Sua participação na pesquisa não implica em nenhum risco de ficar inconsciente ou não se recordar da sessão da qual participou.

Espera-se com esta pesquisa ajudar aqueles que apresentam ansiedade mediante a redução dos sintomas e promover o uso das técnicas de imaginação guiada na psicologia clínica e áreas de saúde. Apesar da participação na pesquisa não oferecer risco imediato aos participantes, considera-se a possibilidade de algum risco subjetivo, quais sejam: desconforto por ficar de olhos fechados diante da pesquisadora e aumento do nível de ansiedade no início da sessão de visualização. Nesses casos, com sua experiência em clínica, a pesquisadora poderá manejar adequadamente a situação, fazendo o participante sentir-se confortável na situação experimental e prosseguir somente se assim o desejar.

Sua participação é voluntária e livre de qualquer remuneração. Você é livre para recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper sua participação a qualquer momento. A recusa em participar não irá acarretar qualquer penalidade ou perda de benefícios.

Se você tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, você pode me contatar através do telefone (61) 99669-1979 ou pelo e-mail [galvao.patricia@gmail.com](mailto:galvao.patricia@gmail.com). A equipe de pesquisa garante que os resultados do estudo serão devolvidos aos participantes por meio de email informando a defesa da dissertação e posterior compartilhamento da própria dissertação por meio eletrônico, podendo ser publicados posteriormente na comunidade científica.

Este projeto foi revisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Ciências Humanas e Sociais (CEP/CHS) da Universidade de Brasília. As informações com relação à assinatura do TCLE ou aos direitos do participante da pesquisa podem ser obtidas por meio do e-mail do CEP/CHS: [cep\\_chs@unb.br](mailto:cep_chs@unb.br) ou pelo telefone: (61) 3107 1592.

Este documento foi elaborado em duas vias, uma ficará com o/a pesquisador/a responsável pela pesquisa e a outra com você.

Assinatura do/da participante  
Galvão  
CRP 01/9485

Patricia Regina Lopes  
Mestranda

Brasília, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

**ANEXO 5**  
**SESSÕES DE VISUALIZAÇÃO GUIADA**  
**(Elaboradas por Patricia Regina Lopes Galvão)**

**Sessão 01 - Bosque**

(Relaxamento)

*“A partir de agora, o som mais importante deste ambiente será o som da minha voz. E é guiado (a) pela minha voz que você entrará em contato com imagens, pensamentos, sentimentos, tudo o que esteja relacionado ao que eu vou dizer agora...”*

Imagine-se de pé, diante de um campo gramado. A grama é verde, bem baixinha, e você pode sentir seus pés sobre a grama. É dia, faz sol, mas a temperatura é muito agradável e você pode sentir uma brisa soprando sobre você. Mesmo desacompanhado, você se sente seguro e confortável nesse cenário. Logo à sua direita, perceba um pequeno bosque. É um conjunto de árvores frondosas, de copas baixas, que projetam sombra sobre a grama. Sinta-se à vontade e comece a caminhar vagorosamente em direção ao bosque. Perceba cada passada, sinta seu corpo em movimento, os pés pisando a grama. Ao chegar perto do bosque, perceba a diferença de umidade, sinta o cheiro das plantas. São árvores frutíferas e alguns pássaros estão presentes. Perceba a natureza ao seu redor e ouça ao fundo o som de um riacho. Caminhando um pouco mais, você logo vê o riacho. Aproximando-se da margem, perceba que a grama dá espaço para uma areia clara e algumas pedras. Esse riacho é raso, de água límpida... tocando a água você percebe a temperatura agradável. Talvez você possa se refrescar, tocando as mãos úmidas na sua testa e nuca... Olhando para o riacho, em algum momento você percebe o seu reflexo sobre a água. Perceba-se, tal como você é. Você está exatamente onde tinha que estar! Percebendo-se integrado a esse cenário, você retorna lentamente até o bosque. Passe novamente sob a sombra das árvores, sentindo a brisa que sopra leve. Até que você chega ao campo gramado novamente. O tempo passou, o sol parece ter mudado de posição e os raios de luz incidem sobre você. Faz-se um foco de luz bem sobre sua frente. É um foco de luz que irradia da cabeça aos pés, trazendo uma sensação de relaxamento, pertencimento à natureza e saúde.

*“É com essa sensação agradável que você vai permanecer, mesmo quando, na minha contagem, você abrir os olhos. Sensação de plenitude, saúde e bem-estar, que vai*

*durar o resto da semana... Um, dois, três. Pode movimentar suas mãos e pés, abrir seus olhos, espreguiçar-se...*”

**(Roteiro elaborado por Patricia Regina Lopes Galvão)**

## **Sessão 02 - Praia**

(Relaxamento)

*“A partir de agora, o som mais importante deste ambiente será o som da minha voz. E é guiado (a) pela minha voz que você entrará em contato com imagens, pensamentos, sentimentos, tudo o que esteja relacionado ao que eu vou dizer agora...”*

Eu quero que você se imagine de pé diante do mar. Você está na areia e, na sua frente, o mar. É dia, faz sol, mas a temperatura é muito agradável. O mar é tão azul que parece uma extensão do céu. Olhando para a direita ou para a esquerda, há apenas praia... Mesmo sozinho, você se sente confortável. Um pouco atrás de você há uma formação rochosa que parece um convite para sentar. Sinta-se à vontade e recue um pouco, usando a rocha como banco e continue contemplando o cenário. Sinta a brisa, ouça as ondas quebrando na areia... Agora, à sua esquerda, lá no horizonte, você percebe a silhueta de alguém que se aproxima. É alguém muito especial para você! Alguém de quem você gostaria da companhia nesse momento. Perceba quem é, não precisa me falar. Essa pessoa se aproxima, lhe cumprimenta, senta-se com você na pedra e se coloca também a contemplar essa praia. Vocês agora percebem que existe uma tenda preparada para vocês, logo atrás. Ali, onde a areia deu lugar à grama, tem uma tenda, com velas e poltronas de praia. Vocês se sentam e assistem a mudança de cor no céu. É o pôr do sol que se faz... Perceba as estrelas que surgem vagarosamente no céu, a lua que se faz presente... É uma sensação agradável de relaxamento e paz. Quanto mais tempo vocês observam o céu, mais relaxados vocês ficam.

*“É com essa sensação agradável que você vai permanecer, mesmo quando, na minha contagem, você abrir os olhos. Sensação de plenitude, saúde e bem-estar, que vai durar o resto da semana... Um, dois, três. Pode movimentar suas mãos e pés, abrir seus olhos, espreguiçar-se...”*

**(Roteiro elaborado por Patricia Regina Lopes Galvão)**

### **Sessão 03 - Aura**

(Relaxamento)

*“A partir de agora, o som mais importante deste ambiente será o som da minha voz. E é guiado (a) pela minha voz que você entrará em contato com imagens, pensamentos, sentimentos, tudo o que esteja relacionado ao que eu vou dizer agora...”*

Eu quero que você passe a perceber como se existisse um campo de energia margeando o seu corpo, o que vamos chamar de aura. Essa aura tem cor, tem brilho e pode se expandir pouco ou muito além do seu corpo. Veja essa energia e me descreva como você a percebe: que cor tem, quão expandida se apresenta... (espaço para o relato do participante). Muito bem, perceba agora que, em algum ponto do seu corpo, essa energia fica mais intensa, mais vibrante. Veja onde é e me fale (espaço para o relato do participante). Então sinta essa vibração, perceba como algo agradável, bom. Agora perceba que existe outro ponto no seu corpo, em que essa energia também é diferente, mas parece menos intensa, enfraquecida. Veja onde é e me fale (espaço para o relato do participante). Agora nós vamos entender por que essa energia está diferente, imagine que você usa uma lente com zoom nessa região do corpo. Use essa lente e perceba: o que está provocando essa diferença? Algo que está dentro ou fora do corpo? (espaço para o relato do participante). Dê uma forma, cor e movimento para isso (espaço para o relato do participante). Agora que descobrimos o que está causando a perda da energia, você gostaria que isso ficasse aí? (espaço para o relato do participante – normalmente responde não ou a pesquisadora induz a retirar). Então agora você tem todos os recursos imagináveis e inimagináveis à sua disposição. O que você vai usar? (a partir daqui o participante vai descrevendo tudo o que faz para reparar aquela região do corpo). Feito tudo isso, agora perceba que essa aura está em equilíbrio, o que lhe traz uma sensação de saúde e paz.

*“É com essa sensação agradável que você vai permanecer, mesmo quando, na minha contagem, você abrir os olhos. Sensação de plenitude, saúde e bem-estar, que vai durar o resto da semana... Um, dois, três. Pode movimentar suas mãos e pés, abrir seus olhos, espreguiçar-se...”*

**(Roteiro elaborado por Patricia Regina Lopes Galvão)**

## Sessão 04 - Globo terrestre

(Relaxamento)

*“A partir de agora, o som mais importante deste ambiente será o som da minha voz. E é guiado (a) pela minha voz que você entrará em contato com imagens, pensamentos, sentimentos, tudo o que esteja relacionado ao que eu vou dizer agora...”*

Eu quero que você se imagine como se estivesse de fora do corpo, aqui na sala, observando o seu corpo deitado sobre o sofá. De fora, você consegue ver exatamente essa cena: você deitado sobre o sofá, eu sentada próxima a você, móveis dessa sala, talvez os elementos de decoração... E você consegue, aos poucos, elevar-se ainda mais, atravessando as paredes e ver a sala pelo lado de fora da janela. Você também pode ver as outras salas deste prédio, com pessoas trabalhando; você consegue ver o movimento dos carros no estacionamento; o prédio ao lado. Você vai se percebendo mais alto... Em segurança, você vai apenas visualizando de maneira mais ampla o cenário. Além do prédio, você vê o bairro, o mapa da cidade, o Distrito Federal, a Região Centro-oeste, o Brasil. Até que você consegue ver o mundo como um *Mapa Mundi*, observando cada continente, o oceano. Perceba que algum lugar nesse mundo, pode ser um país ou uma cidade específica, vai lhe chamar atenção. Eu vou contar até 3 e você vai perceber qual é. 1,2,3... Qual lugar lhe chama mais atenção? (espaço para o relato do participante). Então comece a se aproximar, bem devagar, deste lugar. Aterrando, aproxime-se deste continente, desde país, dessa cidade. Sinta seus pés tocando o chão. Perceba esse lugar... Parece um lugar aberto ou fechado? É dia ou noite? Tem alguém com você aí? (a cada pergunta, espaço para o relato do participante). Perceba o que há de mais agradável nesse cenário. Veja as cores, sinta o cheiro, perceba a temperatura. Essa é uma cena que você sempre poderá visitar, bastando se lembrar dela, com concentração. Aos poucos você vai se distanciando, olhando esse cenário do alto... veja a cidade do alto, agora o país, agora o continente e veja que você está diante do *Mapa Mundi* novamente. Agora você consegue avistar o Brasil, a Região Centro-oeste, o Distrito Federal e começa a aterrar aqui no bairro, neste prédio. Olhe pela janela desta sala... atravesse as paredes e se coloque de pé diante dessa cena, novamente. Agora volte para a mesma posição em que seu corpo se encontra. Deitado aqui no sofá, exatamente como você se encontra, perceba o seu corpo, no aqui no agora. Você experimenta uma sensação agradável, de bem-estar e relaxamento.

*“É com essa sensação agradável que você vai permanecer, mesmo quando, na minha contagem, você abrir os olhos. Sensação de plenitude, saúde e bem-estar, que vai durar o resto da semana... Um, dois, três. Pode movimentar suas mãos e pés, abrir seus olhos, espreguiçar-se...”*

**(Roteiro elaborado por Patricia Regina Lopes Galvão)**

## **Sessão 05 - Caverna**

(Relaxamento)

*“A partir de agora, o som mais importante deste ambiente será o som da minha voz. E é guiado (a) pela minha voz que você entrará em contato com imagens, pensamentos, sentimentos, tudo o que esteja relacionado ao que eu vou dizer agora...”*

Imagine-se de pé, diante de um campo gramado. A grama é verde, bem baixinha, e você pode sentir seus pés sobre a grama. É dia, faz sol, mas a temperatura é muito agradável e você pode sentir uma brisa soprando sobre você. Mesmo desacompanhado, você se sente seguro e confortável nesse cenário. Logo à sua esquerda, perceba formação rochosa com uma entrada para uma caverna. Aproxime-se e perceba que a entrada é alta o suficiente para você passar por ela. Olhando pra dentro, perceba que há uma certa iluminação. Passe pela entrada e veja que existem tochas iluminando o ambiente. Perceba o ambiente: o chão de pedra com terra batida, a umidade do ambiente, as paredes iluminadas de pedra... É um lugar onde outros já estiveram e hoje será a sua vez. Perceba que as tochas conduzem para um corredor de pedras, iluminado. Você se coloca a caminhar vagarosamente pelo corredor. Você está confortável e seguro. As tochas conduzem pelo caminho até uma bifurcação. Há um caminho para a esquerda e outro para a direita. Qual você escolhe hoje? (espaço para resposta do participante). Indo por esse caminho, perceba que em um dos lados se fazem reentrâncias nas rochas, que parecem portas. Você passa por duas delas até que, na terceira, você percebe que existe o seu nome talhado. É uma porta de madeira, grossa, e tem seu nome. Esse lugar foi reservado para você e agora você poderá visitar. Passe pela porta e perceba o que há aí! Parece um lugar aberto ou fechado? É dia ou noite? Perceba como é o chão e veja detalhes do ambiente. Perceba o que, de mais agradável, lhe chama a atenção! (espaço para o participante responder) Agora, depois dessa surpresa agradável, saia pela porta de madeira. Passe pelo corredor por onde veio, passe pela bifurcação e, seguindo o caminho das tochas, você está novamente na

entrada da caverna. Agora você vence a barreira da claridade e alcança novamente o campo gramado aberto. Sinta o sol sobre você e a luz que lhe banha da cabeça aos pés, trazendo uma sensação agradável de paz e serenidade.

*“É com essa sensação agradável que você vai permanecer, mesmo quando, na minha contagem, você abrir os olhos. Sensação de plenitude, saúde e bem-estar, que vai durar o resto da semana... Um, dois, três. Pode movimentar suas mãos e pés, abrir seus olhos, espreguiçar-se...”*

**(Roteiro elaborado por Patricia Regina Lopes Galvão)**

### **Sessão 06 - Criança interior**

(Relaxamento)

*“A partir de agora, o som mais importante deste ambiente será o som da minha voz. E é guiado (a) pela minha voz que você entrará em contato com imagens, pensamentos, sentimentos, tudo o que esteja relacionado ao que eu vou dizer agora...”*

Eu quero que você se imagine de pé diante de um campo gramado. A grama é verde bem baixinha. É dia, faz sol, mas a temperatura é muito agradável e, mesmo desacompanhado, você se sente muito confortável. Sinta seus pés pisando a grama e perceba a brisa que sopra sobre você. À sua frente existe um conjunto de árvores altas fazendo sombra sobre a grama. Ao se aproximar, você percebe que as árvores estão enfileiradas formando dois um grande corredor. Observe as árvores e troncos largos e perceba a presença de uma criança que parece se esconder na última árvore. Ela se coloca atrás do tronco, mostrando a cabeça e recuando... De longe você já percebe que é uma criança (a pesquisadora diz ser do gênero do participante). Note sua aparência, veja que idade ela tem, como se veste. Ela vai correndo de uma árvore para outra, aproximando-se de onde você se encontra. É uma presença agradável e confiável; você se sente bem diante dela. Em algum momento ela pára diante de você e, naturalmente, você se ajoelha pra ficar na altura dela. Depois de uma troca breve de olhares, ela corre para te dar um abraço. Sinta o abraço, perceba os braços finos que envolvem seu pescoço... a criança lhe parece tão familiar. Ao sair do abraço, quando seus rostos passam um pelo outro, você a olha nos olhos e agora consegue perceber melhor: essa criança é você! Perceba-se com aquela idade, com aquela aparência... Nesse olhar vocês tem a oportunidade de trocar mensagens. O que você tem a dizer para essa criança, que ainda não viveu tudo o que você já experienciou. Não precisa

dizer, fale mentalmente com ela. (tempo breve) Agora perceba o que ela tem a lhe dizer, adulto que é hoje. Sem mais nada a dizer, ela corre e vocês começam a brincar entre as árvores. E, da mesma forma como ela se aproximou, ela começa a se distanciar, árvore por árvore. Até que vocês podem trocar o último olhar. Não é um adeus, e sim um até breve. Vocês podem se encontrar sempre que desejarem, bastando se concentrar nessa imagem. Voltando ao campo gramado aberto, você sente o sol incidindo sobre você, irradiando da cabeça aos pés, trazendo uma sensação de saúde, plenitude e bem-estar. É uma sensação agradável, de saúde, força e restauração.

*“É com essa sensação agradável que você vai permanecer, mesmo quando, na minha contagem, você abrir os olhos. Sensação de plenitude, saúde e bem-estar, que vai durar o resto da semana... Um, dois, três. Pode movimentar suas mãos e pés, abrir seus olhos, espreguiçar-se...”*

**(Roteiro elaborado por Patricia Regina Lopes Galvão)**

## **Sessão 07 - Castelo**

(Relaxamento)

*“A partir de agora, o som mais importante deste ambiente será o som da minha voz. E é guiado (a) pela minha voz que você entrará em contato com imagens, pensamentos, sentimentos, tudo o que esteja relacionado ao que eu vou dizer agora...”*

Eu quero que você se imagine de pé diante de um enorme jardim de tulipas. É dia, faz sol, mas a temperatura é muito agradável. As tulipas se dividem em dois enormes jardins, com um corredor no meio. As cores são vibrantes e as flores parecem se balançar ao movimento do vento. Sinta-se nesse lugar; sinta seus pés pisando a grama. Fique à vontade para andar, vagorosamente, nesse corredor. Ao final desse jardim, diante de você, está um enorme castelo. De longe você já consegue perceber características: de que ele é feito, sua estrutura e arquitetura. E note que dois soldados, fardados, estão com você, um a cada lado. São presenças agradáveis e estão aí porque hoje você foi convidado para entrar no castelo. Esses soldados lhe acompanharão até lá. Para acessar o castelo, é necessário usar uma ponte levadiça, pois o castelo é protegido por um fosso ao redor. Ao sinal dos guardas que lhe acompanham, a ponte é baixada e vocês a atravessam para chegar ao castelo. Ao entrar, você pisa em um enorme pátio aberto, de chão estampado. É orientado pelos guardas a atravessar esse grande pátio, até o salão principal do castelo. Os sentinelas na porta do salão

permitem sua entrada. Ao entrar, sozinho, você fica diante de um trono, imponente. Uma figura de autoridade, um governante, vem por detrás do trono e se aproxima para sentar. Perceba, essa figura parece homem ou mulher? (espaço para resposta do participante). Esse rei/rainha (a depender da resposta do participante) se senta e faz sinal para um serviçal. O serviçal se aproxima de você, segurando uma enorme bandeja espelhada com 3 presentes. Você vai ter acesso aos 3 presentes. O que são? Veja que objetos tem sobre essa bandeja? (tempo para a resposta do participante). Pegue o 1º objeto e escute as instruções do rei/rainha. Ele parece se comunicar sem nada dizer. Não precisa me relatar. Agora pegue o 2º objeto. Receba a mensagem do rei/rainha sobre isso. E, por último, pegue o 3º objeto. Deixe o que o rei/rainha lhe explique. O serviçal se retira e o rei, sem mais palavras, também sai, pelo caminho por onde entrou. Agora olhe para a porta do salão e perceba que os soldados lhe esperam para sair. Eles atravessam o pátio com você, mas se despedem para que você passe pela ponte sozinho. Quando a ponte se eleva, fechando o castelo, você está de novo no jardim de tulipas. É fim de tarde e o sol incide sobre as tulipas que fazem sombra, umas sobre as outras. As cores parecem mais vibrantes. Os raios de sol também incidem sobre você, da cabeça aos pés, trazendo uma sensação agradável de relaxamento, saúde e bem-estar

*“É com essa sensação agradável que você vai permanecer, mesmo quando, na minha contagem, você abrir os olhos. Sensação de plenitude, saúde e bem-estar, que vai durar o resto da semana... Um, dois, três. Pode movimentar suas mãos e pés, abrir seus olhos, espreguiçar-se...”*

**(Roteiro elaborado por Patricia Regina Lopes Galvão)**

## **Sessão 08 - Tela mental**

(Relaxamento)

*“A partir de agora, o som mais importante deste ambiente será o som da minha voz. E é guiado (a) pela minha voz que você entrará em contato com imagens, pensamentos, sentimentos, tudo o que esteja relacionado ao que eu vou dizer agora...”*

Eu quero que projete à sua frente uma grande tela em branco. É como uma tela de cinema, mas é a sua tela mental. Essa tela está dividida em duas partes, à da direita e esquerda. Perceba que a tela da direita está apagada e a tela da esquerda se acendeu. Nessa parte da tela, você verá que começaram a se projetar imagens, pensamentos e

sentimentos relacionados às últimas ocorrências desagradáveis de que você se recorda. Essas imagens estarão em preto e branco. Perceba que alguma delas ficará mais evidente agora. O que é? Que ocorrência é essa? (espaço para relato do participante). Perceba que a cena está em preto e branco. Agora a parte da direita se acende e você irá projetar a mesma ocorrência, de forma colorida agora. Mas você escolherá o ponto da cena que você precisa modificar/alterar, para tornar a ocorrência muito agradável. (espaço para relato do participante). Veja agora que essa cena colorida se sobrepõe à preto e branco e ocupa a sua tela mental completamente. É uma sensação agradável, de confiança no porvir, segurança e relaxamento.

*“É com essa sensação agradável que você vai permanecer, mesmo quando, na minha contagem, você abrir os olhos. Sensação de plenitude, saúde e bem-estar, que vai durar o resto da semana... Um, dois, três. Pode movimentar suas mãos e pés, abrir seus olhos, espreguiçar-se...”*

**(Roteiro elaborado por Patricia Regina Lopes Galvão)**