



ANAIS DA 10ª MOSTRA DE TERAPIA COGNITIVO- COMPORTAMENTAL

Universidade do Estado do Rio de Janeiro
Dias 27 e 28 de setembro de 2012

Editoração:
Vanessa Dordron de Pinho

10ª Mostra de Terapia Cognitivo-Comportamental

A Associação de Terapias Cognitivas do Estado do Rio de Janeiro (ATC-Rio) promoveu a 10ª edição da Mostra de Terapias Cognitivas nos dias 27 e 28 de setembro de 2012, com apoio do Instituto de Psicologia da UERJ, da Casa do Psicólogo, da Federação Brasileira de Terapias Cognitivas (FBTC) e da FAPERJ, no campus da UERJ. Destacamos a participação de todos os profissionais que abrilhantaram o evento e em especial três convidadas: a Profª Drª Margarida Gaspar Matos da Universidade Técnica de Lisboa, a Profª Maria Cristina Miyazaki da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP-SP) e a Profª Carmem Beatriz Neufeld da USP-Ribeirão Preto e atual presidente da FBTC. O programa mais uma vez foi marcado pela diversificação de temas, tais como terapia baseada em evidências, mutismo seletivo, aspectos evolucionistas da fobia social, terapia do esquema, transtornos de ansiedade, transtornos da personalidade, terapia na infância e adolescência, habilidades sociais, psicologia da saúde, relação terapêutica, neurociências, *mindfulness* etc. apresentados em variadas modalidades: quatro mini cursos, sete conferências, quinze mesas redondas, quatro sessões coordenadas, supervisão pública de caso clínico e sessão de pôsteres. O comitê científico criteriosamente selecionou os trabalhos que integram os Anais da 10ª Mostra de TCC, resultados de pesquisas e estudos de relevância acadêmica e social. O que se observou é que cada vez mais se delineia entre nós o compromisso tácito de trabalhar com uma prática que gere resultados baseados em evidências empíricas e hipóteses testáveis. Somos profissionais empenhados em promover saúde e bem-estar ao ser humano. A interdisciplinaridade continua a nortear nossos encontros anuais, com a certeza de que isso contribui para enriquecer as intervenções clínicas que se beneficiam de saberes oriundos de pesquisas em diferentes áreas. São dez anos de diálogos interdisciplinares e consideramos ter um papel positivo na formação dos alunos, no aprimoramento profissional e no estreitamento de laços sociais. Finalmente, com todo o destaque, a 10ª Mostra de TCC caracterizou-se por um marco: o lançamento do livro “Produções em Terapia Cognitivo-Comportamental”, organizado pelas Professoras e Doutoradas Eliane Mary de Oliveira Falcone e Angela Donato Oliva e pela Psicóloga e Mestre Cristiane Figueiredo. O livro tem capítulos escritos por importantes profissionais e especialistas em suas áreas. A obra reúne os principais resultados de produções da última década, em uma linguagem atualizada e direta. Foi publicado pela Casa do Psicólogo e tal é sua importância que servirá como referência para veiculação de teorias e práticas cognitivas e comportamentais, um verdadeiro manual a ser consultado por profissionais e alunos.

Angela Donato Oliva
Presidente da ATC-Rio (Gestão 2011-2014)

10ª Mostra de Terapia Cognitivo-Comportamental

Comissão Organizadora:

Angela Donato Oliva
Eliane Mary de Oliveira Falcone
Cristiane Figueiredo
Juliana D'Augustin
Vanessa Dordron de Pinho
Flávia Paes
Veronica Carvalho
André Luiz dos Santos Pereira
Maria Alice de Castro
Antonio Carvalho

Comitê Científico:

André Luiz dos Santos Pereira
Angela Alfano
Antonio Carvalho
Helene Shinohara
Maria Alice Castro
Maria Amélia Penido
Maurício Canton Bastos
Veronica Carvalho

Comitê de Apoio:

Stephanie Krieger
Monique Plácido
Lucimar Electo
Evlyn Rodrigues
Sabrina Esther Dias Zarucki Tabac
Christiane dos Santos Miranda
Carla Neumann
Claudia Pinheiro
Karina nascimento Valladares
Sinelle Valle
Renata de Castro Strino
Fernanda Miranda
Silvania Dias
Adrielly Carvalho

Realização:

Associação de Terapias Cognitivas do Estado do Rio de Janeiro – ATC-Rio
Presidente: Angela Donato Oliva

Instituto de Psicologia da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (IP-UERJ)
Diretora: Marcia Motta

Apoios:

Casa do Psicólogo

FAPERJ

FBTC

MESAS REDONDAS

1. PERSPECTIVA EVOLUCIONISTA DAS EMOÇÕES E A COMPREENSÃO DA FOBIA SOCIAL

Coordenadora: Angela Donato Oliva, Professora Adjunta do Instituto de Psicologia da Universidade do Estado do Rio de Janeiro e da Universidade Federal do Rio de Janeiro.

A mesa sobre “Perspectiva evolucionista das emoções e a compreensão da fobia social” visa discutir aspectos evolucionistas e neurais que estariam tanto na base da ansiedade quanto das interações sociais em geral. As emoções estão por trás de todas as nossas ações. Sua ausência leva a quadros patológicos. Embora extremamente importante esse tema foi negligenciado por algum tempo pela psicologia, por ser considerado de natureza subjetiva. No entanto, graças a estudos em neurociências, a pesquisa sobre as emoções foi reabilitada. As emoções possibilitam comportamentos pró-sociais, promovem inibições, medos e, em casos extremos, levam a fobias sociais. A ideia de reunir diferentes profissionais para esta mesa é, além de destacar o papel da evolução, buscar ampliar a compreensão teórica da ansiedade social, do medo e dos comportamentos pró-sociais. Para isso, Felipe Novaes (Universidade Federal do Rio de Janeiro) fará um panorama das emoções em geral, a partir de uma perspectiva evolucionista. Em seguida, Angela Donato Oliva (Universidade do Estado do Rio de Janeiro e Universidade Federal do Rio de Janeiro) discutirá a importância das emoções nas interações sociais, destacando que uma importante característica da espécie humana – fundamental para a sobrevivência - é ser pró-social. Em seguida, Sérgio Machado (Universidade Federal do Rio de Janeiro) apresentará, a partir de um enfoque neural, a estrutura e o funcionamento do circuito do medo que atua na ansiedade social. Finalmente, Flavia Paes (Universidade Federal do Rio de Janeiro) focalizará nos aspectos evolucionistas que estão presentes no medo especificamente. Espera-se que essa mesa, ainda que indiretamente, venha a contribuir para a prática clínica das terapias cognitivo-comportamentais.

1.1 EMBASAMENTO EVOLUTIVO DAS EMOÇÕES

Felipe C. Novaes (Laboratório de Pânico e Respiração da Universidade Federal do Rio de Janeiro, IPUB/UFRJ e Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro, IP/UFRJ, Rio de Janeiro, RJ); Flávia Paes (Laboratório de Pânico e Respiração da Universidade Federal do Rio de Janeiro, IPUB/UFRJ e Instituto de Medicina Translacional, INCT-TM, Rio de Janeiro, RJ); Sergio Machado (Laboratório de Pânico e Respiração da Universidade Federal do Rio de Janeiro, IPUB/UFRJ e Instituto de Medicina Translacional, INCT-TM, Rio de Janeiro, RJ); Georgia D. F. Marques (Laboratório de Pânico e Respiração da Universidade Federal do Rio de Janeiro, IPUB/UFRJ, Rio de Janeiro, RJ); Ricardo José M. P. Júnior (Laboratório de Pânico e Respiração da Universidade Federal do Rio de Janeiro, IPUB/UFRJ e Faculdade de Psicologia, Instituto Brasileiro de Medicina e Reabilitação, IBMR, Rio de Janeiro, RJ); Adriana Cardoso de Oliveira e Silva (Laboratório de Pânico e Respiração da Universidade Federal do Rio de Janeiro, IPUB/UFRJ e Instituto de Medicina Translacional, INCT-TM, Rio de Janeiro, RJ); Antonio Egídio Nardi (Laboratório de Pânico e Respiração da Universidade Federal do Rio de Janeiro, IPUB/UFRJ, Instituto de Medicina Translacional, INCT-TM, Rio de Janeiro, RJ).

A espécie humana existe há cerca de 150 mil anos. Para tal, foi preciso que se adaptasse ao ambiente. Contudo, essas adaptações não se restringiram somente às características mais externas – cérebro maior, andar bípede, polegar opositor e etc – mas também à sua arquitetura mental. De acordo com uma escola da perspectiva evolucionista, nossa mente seria formada por uma série de módulos especializados em resolver problemas adaptativos presentes no ambiente de adaptação evolutiva de nossa espécie, que se estende por um período denominado Pleistoceno. Desse modo, esses módulos podem ser especializados em identificar

o melhor parceiro para a reprodução, detecção de cooperadores e trapaceiros e assim por diante. As diversas emoções seriam, então, programas cognitivos destinados a administrar o funcionamento desses módulos, de ativações fisiológicas e do comportamento, elementos esses intimamente conectados. O medo seria, assim, responsável pelas reações de luta e fuga frente às mais diversas ameaças identificadas pelo indivíduo. A aversão, por exemplo, permitiu aos nossos ancestrais evitarem alimentos em estado de putrefação. A raiva possibilitou a retaliação (ou ameaça) de indivíduos cujas ações prejudicaram o grupo ou um dos componentes. Tal é o caso dos indivíduos que não buscam retribuir um gesto altruísta que receberam e os beneficiaram. Ao serem hostilizados pelos outros membros, que consideram injusto a não reciprocidade, aumentam as chances de esse indivíduo passar a retribuir os favores recebidos. Medo, nojo e raiva fazem parte de uma lista maior de emoções denominadas básicas, a qual se deve acrescentar: alegria, tristeza e surpresa. Na maioria das vezes, é proposta uma lista com seis emoções básicas, mas existem várias sutis discordâncias na área. Em geral, o termo emoções básicas é definido como aquelas que constituem os blocos formadores das emoções mais complexas. Além disso, essas emoções destacam-se pela universalidade, independentemente da variável cultural, e pela existência de expressões faciais específicas para cada uma – apesar de essas expressões poderem variar em intensidade e, ainda, poderem ser mascaradas por outras. Para aumentar esses indicadores, podemos ainda citar algumas características singulares das emoções, como a dificuldade existente na extinção do medo condicionado de serpentes, animais esses que são os principais predadores dos primatas. Nesse sentido, uma teoria evolucionista torna-se importante porque possibilita a criação de uma base para entendermos o que é a emoção e como ela deve se apresentar em termos patológicos e não-patológicos. Consequentemente, diversos setores da psicologia se beneficiam dessa abordagem, principalmente a área clínica, que está constantemente lidando com transtornos de depressão e ansiedade, sendo essencialmente caracterizados pelo mau funcionamento das emoções (no caso, tristeza e medo respectivamente). Assim, cria-se uma linha de base mais eficiente para aumentar nossa compreensão desse fenômeno plural que é a emoção.

Palavras-chave: emoção, evolução, transtorno de ansiedade

1.2 O QUE NOS FAZ UMA ESPÉCIE SOCIAL?

Angela Donato Oliva (Instituto de Psicologia, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ); Vera Silvia Raad Bussab (Instituto de Psicologia, Universidade do Estado de São Paulo, São Paulo, SP).

De acordo com a hipótese da inteligência social, as sofisticadas interações sociais de nossa espécie funcionaram como pressões seletivas que acarretaram aumento do cérebro e da inteligência, com desenvolvimento de áreas do neocórtex. Viver em grupo não é uma tarefa simples, mas é necessária para sobrevivência de muitas espécies. Nos humanos, a complexidade da vida em grupo requer uma habilidade fundamental, a empatia. Esta pode ser definida como capacidade de compreender, de forma acurada, sentimentos, necessidades e perspectivas dos outros. A empatia teria sido selecionada ao longo da evolução por permitir: formação e manutenção de coalizões sociais; resolução de conflitos; satisfação pessoal e interpessoal, etc. Pesquisas em neurociência cognitiva indicam ativação de partes do córtex pré-frontal em situações nas quais as pessoas demonstram flexibilidade cognitiva e conseguem entender a perspectiva dos outros. Em termos evolutivos, viver em grupos traz benefícios, como proteção contra predadores, obtenção de recursos, mas também acarreta problemas tais como o surgimento de *free riders*. Estes seriam indivíduos que se beneficiam

daquilo que o grupo traz de bom para seus membros, mas não contribuem para obtenção desses recursos. O objetivo deste trabalho é discutir teoricamente alguns dos fatores que, ao longo do processo evolutivo, contribuíram para que humanos e alguns outros animais pudessem viver em grupos, conseguindo superar conflitos e estabelecendo trocas sociais. A partir de uma perspectiva evolucionista, pretende-se fazer isso indicando, quando possível, os correlatos neurais que, de acordo com as neurociências, possibilitariam essas condutas. A cooperação social é uma capacidade que envolve sofisticada análise e um elevado nível de inteligência. O aumento do tamanho do cérebro e, conseqüentemente, da inteligência, teriam decorrido das pressões sociais decorrentes da vida em grupo. Cada vez mais se reconhece que ser cooperativo traz benefícios para o próprio sujeito e para o grupo e, ao que parece, para ser cooperativo é necessário ser empático. O viver em grupo estimula o cérebro, pois constantemente são apresentados desafios relacionados às interações sociais. Cooperar, portanto, seria uma maneira de impulsionar a inteligência. Os primatas, em sua maioria, são animais que vivem em grupos caracterizados por fortes laços sociais e seus membros passam grande parte do tempo a serviço de relações sociais. Estudos empíricos em grupos de primatas sugerem a existência de relações entre o tamanho do grupo, o tamanho total do cérebro e a proporção do neocórtex. O tamanho do neocórtex parece ser um preditor de redes sociais complexas melhor do que o volume total craniano. Porém, à medida que o grupo aumenta de tamanho, como os indivíduos tendem a se comportar? Como lidar, em grandes grupos, cuja consequência indesejável é propiciar o surgimento de *free riders*. De um ponto de vista evolucionista, poderia ser difícil explicar a cooperação. Porém, a empatia parece contribuir para que os grupos sociais permaneçam cooperativos. Espera-se com este trabalho aproximar neurociências das hipóteses evolucionistas de modo a ampliar nossa compreensão do desenvolvimento humano.

Palavras-chave: cooperação, empatia, comportamento pró-social.

1.3 CIRCUITO DO MEDO NA ANSIEDADE SOCIAL: ESTRUTURA E FUNCIONAMENTO

Sergio Machado (Laboratório de Pânico e Respiração da Universidade Federal do Rio de Janeiro, IPUB/UFRJ e Instituto de Medicina Translacional, INCT-TM, Rio de Janeiro, RJ); Flávia Paes (Laboratório de Pânico e Respiração da Universidade Federal do Rio de Janeiro, IPUB/UFRJ e Instituto de Medicina Translacional, INCT-TM, Rio de Janeiro, RJ); Georgia D. F. Marques (Laboratório de Pânico e Respiração da Universidade Federal do Rio de Janeiro, IPUB/UFRJ, Rio de Janeiro, RJ); Ricardo José M. P. Júnior (Laboratório de Pânico e Respiração da Universidade Federal do Rio de Janeiro, IPUB/UFRJ e Faculdade de Psicologia, Instituto Brasileiro de Medicina e Reabilitação, IBMR, Rio de Janeiro, RJ); Felipe C. Novaes (Laboratório de Pânico e Respiração da Universidade Federal do Rio de Janeiro, IPUB/UFRJ e Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro, IP/UFRJ, Rio de Janeiro, RJ); Adriana Cardoso de Oliveira e Silva (Laboratório de Pânico e Respiração da Universidade Federal do Rio de Janeiro, IPUB/UFRJ e Instituto de Medicina Translacional, INCT-TM, Rio de Janeiro, RJ); Antonio Egidio Nardi (Laboratório de Pânico e Respiração da Universidade Federal do Rio de Janeiro, IPUB/UFRJ, Instituto de Medicina Translacional, INCT-TM, Rio de Janeiro, RJ).

Ansiedade Social (AS) é caracterizada por uma experiência de medo intenso de ser humilhado ou julgado negativamente em situações sociais. A AS segundo estudos epidemiológicos é um dos transtornos psiquiátricos mais comuns com taxas de prevalência em torno de 12.1%, ao longo da vida. Ela é dividida em dois subtipos, específica e generalizada. O subtipo específico

refere-se ao medo e a fuga de uma situação específica de desempenho, como por exemplo, falar em público. Já o subtipo generalizado, envolve o medo e a fuga de situações sociais de forma geral, e por isso os pacientes são conseqüentemente mais prejudicados que os do subtipo específico. Com relação aos circuitos envolvidos na AS, ainda não há um consenso sobre quais as áreas que realmente compõem seus circuitos. Nesse sentido, estudos clínicos e pesquisas envolvendo modelos animais, e estudos utilizando técnicas de neuroimagem têm procurado ajudar a melhor compreender esses circuitos neurais. Estudos de neuroimagem indicam que as áreas mais comumente envolvidas no circuito são o córtex frontal medial e amígdala. Os estudos mostram uma diminuição de atividade nas áreas pré-frontais durante a provocação de ansiedade em pacientes com AS, provavelmente refletindo prejuízo no processamento cognitivo e aumento de atividade em áreas pré-frontais durante provocação de ansiedade antecipatória. Existem duas justificativas para essas aparentes discrepâncias: i) respostas funcionais do Córtex Pré-Frontal medial (CPFm) são dependentes da natureza da tarefa cognitivo-emocional empregada e ii) o CPFm subdivide-se em áreas neuroanatômicas e funcionais distintas. Vários estudos têm proposto concretamente que o CPFm pode ser funcionalmente dividido em duas partes diferentes: i) uma região ventral, principalmente relacionadas com o processamento autorreferente e ii) a região dorsal, relacionada à teoria da mente, considerando o estado mental das outras pessoas. Os resultados referentes às sub-regiões do CPFm poderiam ser usados como modelo para novas investigações em AS, usando métodos de neuroimagem e testes cognitivos específicos. Foi observada, por exemplo, uma associação entre córtex cingulado anterior CAC (isto é, uma parte do CPFm) e aspectos negativos da emoção em pacientes AS quando expostos a expressões faciais de nojo. Acredita-se que o CAC dorsal recruta o CPFm dorsolateral para selecionar e implementar estratégias regulatórias, dirigindo o controle da atenção e redução de conflitos cognitivos. Portanto, o prejuízo do recrutamento inicial do CAC dorsal e CPFm dorsolateral durante a reavaliação cognitiva poderia provocar problemas de regulação emocional em pacientes com AS. Dentro desse contexto, o presente trabalho pretende discutir a estrutura e o funcionamento do circuito do medo na ansiedade social.

Palavras-chave: ansiedade social, medo, amígdala, córtex pré-frontal

1.4 A ORIGEM EVOLUCIONÁRIA DA ANSIEDADE SOCIAL

Flávia Paes* (Laboratório de Pânico e Respiração da Universidade Federal do Rio de Janeiro, IPUB/UFRJ e Instituto de Medicina Translacional, INCT-TM, Rio de Janeiro, RJ); Sergio Machado (Laboratório de Pânico e Respiração da Universidade Federal do Rio de Janeiro, IPUB/UFRJ e Instituto de Medicina Translacional, INCT-TM, Rio de Janeiro, RJ); Georgia D. F. Marques (Laboratório de Pânico e Respiração da Universidade Federal do Rio de Janeiro, IPUB/UFRJ, Rio de Janeiro, RJ); Ricardo José M. P. Júnior (Laboratório de Pânico e Respiração da Universidade Federal do Rio de Janeiro, IPUB/UFRJ e Faculdade de Psicologia, Instituto Brasileiro de Medicina e Reabilitação, IBMR, Rio de Janeiro, RJ); Felipe C. Novaes (Laboratório de Pânico e Respiração da Universidade Federal do Rio de Janeiro, IPUB/UFRJ e Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro, IP/UFRJ, Rio de Janeiro, RJ); Adriana Cardoso de Oliveira e Silva (Laboratório de Pânico e Respiração da Universidade Federal do Rio de Janeiro, IPUB/UFRJ e Instituto de Medicina Translacional, INCT-TM, Rio de Janeiro, RJ); Antonio Egidio Nardi (Laboratório de Pânico e Respiração da Universidade Federal do Rio de Janeiro, IPUB/UFRJ, Instituto de Medicina Translacional, INCT-TM, Rio de Janeiro, RJ).

O medo, que é uma resposta normal a um estímulo real, refere-se a uma extensa classe de respostas específicas. Foi ele que diante de desafios e ameaças, preservou nossa espécie ao longo de anos. A ansiedade, que é uma experiência subjetiva de medo, faz parte do espectro normal das emoções, cujos componentes são psicológicos e fisiológicos. Ela é um sinal de alerta, que permite ao indivíduo ficar atento a um perigo iminente e a utilizar recursos necessários para lidar com ameaças. Ela permite ao indivíduo reunir os comportamentos eficientes para lidar da melhor maneira com uma determinada situação, como por exemplo, ficar tenso ao falar em público. Essa situação fará com que haja diminuição da sensação de ansiedade fazendo com que ela não o impeça de desempenhar determinada tarefa. Em outras palavras é uma sensação útil e necessária. Porém no grupo que tem como diagnóstico algum tipo de transtorno de ansiedade, não existe nenhuma fonte objetiva de medo, como um predador ou fogo. A ansiedade se torna patológica e, portanto um transtorno, quando existe uma alteração significativa na vida do sujeito, seja no âmbito familiar, pessoal ou laboral, incapacitando-o para a ação. Sendo assim, nossa defesa biológica ou sistema de segurança evoluíram para nos proteger de algum ataque. Este sistema, altamente complexo, tem componentes diferentes relacionados com a atenção, avaliação, sentimentos e comportamentos. Existem três níveis de sistemas de defesa. O primeiro é uma defesa não social, que envolve a defesa contra predadores. O segundo nível de defesa envolve o chamado sistema territorial. O terceiro e último nível é o de sistema de defesa de grupo de convivência, um subsistema que evoluiu dos outros dois. Dessa maneira, acredita-se que o desenvolvimento evolucionário da ansiedade social em humanos tenha sido desenvolvido como uma parte do sistema grupo de convivência, incorporando-se a nossa genética ao longo da evolução. É essa ansiedade que faz com que haja uma avaliação e uma tomada de decisão mais adequada de como se comportar frente a uma possível ameaça. Indivíduos com ansiedade social tendem a interpretar como demonstrações de poder o comportamento de outrem e respondem com sinais de submissão, como congelamento, inibição de comportamentos espontâneos, lisonja servil, encolher-se. Esses indivíduos procuram alívio pela constante vigilância social e o que encontram é sua fraqueza em relação aos demais, culminando na fobia social generalizada. Dentro desse contexto, o presente trabalho pretende discutir a origem evolucionária da ansiedade social.

Palavras-chave: ansiedade social, evolução, transtorno de ansiedade

*Bolsista de Doutorado da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES). O trabalho recebeu apoio financeiro do INCT-TM (CNPq).

2. O MUTISMO SELETIVO: TEORIA E PRÁTICA EM TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL

Coordenador: Bernard Rangé_(Doutor em Psicologia pela UFRJ, Professor do Programa de Pós-Graduação em Psicologia do Instituto de Psicologia da UFRJ).

Esta mesa redonda tem por finalidade esclarecer e discutir através da prática clínica o transtorno conhecido como mutismo seletivo e apontar suas particularidades, relatar as possibilidades para o tratamento e a eficácia da Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) no processo psicoterapêutico. Outro objetivo é apontar a necessidade de expandir os conhecimentos acerca deste transtorno que ocorre apenas na infância, visto que o mesmo não aparece atualmente como um tema muito estudado, possivelmente por sua baixa prevalência. Esta mesa contará com a apresentação de três trabalhos distintos. O primeiro pretende

apresentar o que é o transtorno a partir de uma discussão histórica dos critérios diagnósticos, das hipóteses etiológicas e comorbidades, assim como os comportamentos e pensamentos mais prevalentes nas crianças que apresentam este transtorno. O segundo trabalho abordará um elemento fundamental do tratamento, a saber, o treino com os pais e/ou responsáveis, visto a importância da colaboração dos mesmos para a eficácia do tratamento e adesão da criança à terapia. Desta forma, especifica-se as intervenções com os pais ao longo da terapia, desde a psicoeducação sobre o mutismo seletivo até o auxílio nas exposições a serem feitas pela criança como tarefa de casa. O último trabalho abordará o processo de tratamento cognitivo comportamental em detalhes a partir de um protocolo adaptado no Programa de Pós-Graduação da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), explicando as quatro etapas de tratamento e intervenções mais utilizadas. Além disso, relatará as intervenções realizadas com duas crianças de 6 e 9 anos atendidas no ano de 2012 pela equipe de TCC na Divisão de Psicologia Aplicada da UFRJ, com suas particularidades e resultados.

2.1 UM PANORAMA SOBRE O MUTISMO SELETIVO

Sabrina Bastos de Freitas; Ximene Martins Antunes; Alessandra Pereira Lopes, Imira Fonseca de Azevedo, Renata Barbosa, Stoessell Sanson da Nóbrega, Tatiany Guedes Hegouet, Ana Claudia de Azevedo Peixoto, Bernard Rangé, Marcele Regine de Carvalho (Universidade Federal do Rio de Janeiro, UFRJ, Rio de Janeiro, RJ).

Crianças com perfil, normalmente classificadas como tímidas, podem, na verdade, sofrer de um transtorno infantil denominado mutismo seletivo. Em casa, conversam normalmente com os pais e brincam com os irmãos. Em contato com pessoas que não pertencem a seu núcleo familiar podem permanecer mudas. Na escola, raramente falam com os colegas e professores. Por definição, mutismo seletivo se caracteriza pela recusa contínua da criança em falar em determinados locais e na presença de pessoas estranhas, mantendo-se normal a comunicação em casa e com pessoas próximas. Tal recusa em falar não pode ser explicada por desconhecimento da linguagem, desordem de comunicação, distúrbio invasivo do desenvolvimento ou quaisquer outros distúrbios psiquiátricos. Ao contrário das crianças portadoras de distúrbios do espectro autista, incapazes de se comunicar e de interagir socialmente em função de limitações cognitivas, crianças com mutismo seletivo são plenamente capazes de se comunicar, mas selecionam os contextos sociais nos quais se expressam adequadamente. O objetivo deste trabalho é fornecer um panorama em relação ao diagnóstico e características do transtorno. Estudos apontam para múltiplas hipóteses acerca da etiologia do transtorno e, nesse sentido, fatores como a superproteção ou dominação por parte dos pais, aspectos biológicos e hereditários, comportamento ansioso ou, ainda, a ansiedade social são apontados como possíveis desencadeantes. Algumas comorbidades psiquiátricas também têm sido encontradas em crianças portadoras do mutismo seletivo, como transtorno obsessivo-compulsivo, depressão maior, transtorno opositivo desafiador, transtorno de déficit de atenção com ou sem hiperatividade, enurese e encoprese. Os primeiros sintomas de mutismo seletivo coincidem, em geral, com o ingresso da criança na escola, sendo a idade média dos primeiros diagnósticos situada entre 3 e 7 anos. Estima-se que o problema apareça em 0,1% a 1,9% das crianças com idade inferior a 12 anos. Caso o diagnóstico seja posterior a esta idade, ou os sintomas não tenham sido tratados ou remitidos, o quadro passa a configurar Transtorno de Ansiedade Social. No cenário brasileiro, ainda é notável a escassez de pesquisas, estudos controlados e publicações sobre o tema; assim como são raros os profissionais especializados para o diagnóstico precoce e tratamento. Em geral, terapeutas clínicos que se deparam em suas práticas com crianças que apresentam o referido transtorno, desconhecem as formas e os procedimentos de como agir. Um agravante ainda é o fato de o

mutismo seletivo ser considerado um transtorno que oferece grande resistência ao tratamento, cujos sintomas tendem a persistir e tornarem-se menos respondentes com o tempo. Mais recentemente, a abordagem cognitivo-comportamental, em suas diferentes formas, técnicas e procedimentos, tem sido apontada como uma opção efetiva de tratamento.

Palavras-chave: mutismo seletivo, transtorno infantil, terapia cognitivo-comportamental.

2.2 TREINO DE PAIS: UM ASPECTO FUNDAMENTAL NO TRATAMENTO DO MUTISMO SELETIVO

Tatiany Guedes Hegouet, Sabrina Bastos de Freitas; Ximene Martins Antunes; Alessandra Pereira Lopes, Imira Fonseca de Azevedo, Renata Barbosa, Stoessell Sanson da Nóbrega, Ana Claudia de Azevedo Peixoto, Bernard Rangé, Marcele Regine de Carvalho (Universidade Federal do Rio de Janeiro, UFRJ, Rio de Janeiro, RJ)

O mutismo seletivo é um comportamento caracterizado, principalmente, pelo fracasso persistente da criança em falar em situações específicas, apesar de ser capaz de falar em outras situações. Por se tratar de um comportamento infantil, o envolvimento dos pais no tratamento é de suma importância para a prática das exposições fora do ambiente terapêutico, bem como para despertar na criança a confiança no terapeuta. É comum que a própria família, principalmente os pais ou cuidadores, ajudem a manter os comportamentos-problema apresentados pela criança. Uma vez que já conhecem suas dificuldades, é comum que “facilitem” a vida da mesma permitindo que esta fique confortável sem o uso da fala nos ambientes sociais, como a escola, principal local onde o mutismo fica evidente. Esse comportamento dos pais acontece pela falta de informação e também pela frustração provocada pela convivência com a criança com mutismo seletivo. Sendo assim, o objetivo deste trabalho é discutir a importância da colaboração dos pais no tratamento das crianças que apresentam este transtorno. O envolvimento dos pais torna-se necessário desde o início do tratamento, para que assim estabeleçam a confiança necessária e a corroborem ao longo da terapia. É desejável que os pais atuem de três formas no tratamento cognitivo-comportamental: permitindo que os seus filhos realizem novas tarefas em casa, aprendendo novas habilidades para interação e estimulando e monitorando suas habilidades. O tratamento inicia-se com a psicoeducação realizada com os pais a partir do esclarecimento sobre aspectos do trabalho que será desenvolvido, em que é passado aos mesmos o entendimento sobre o diagnóstico e o aprendizado sobre como ajudar na mudança. Nestas sessões com os pais também se procura compreender a história familiar e investiga-se a possibilidade do mutismo nos pais ou algum outro transtorno de ansiedade e ou humor. O acolhimento dos pais nesta etapa também é muito importante para que entendam que há um espaço para suas dúvidas, mudanças de pensamentos sobre o diagnóstico e a criança, e também que se propicie um lugar estimulador de mudanças dos hábitos desses pais. Em seguida, a participação dos pais se dá pela estimulação da elucidação da fala da criança perante o terapeuta, através de sua participação nas sessões, objetivando o desvanecimento do estímulo. Este trabalho ilustra a prática clínica com exemplos de casos atendidos na Divisão de Psicologia Aplicada da Universidade Federal do Rio de Janeiro com o foco no treino de pais, em que o investimento dos pais na terapia colaborou para o sucesso terapêutico. A ajuda parental no momento tão novo e delicado para toda a família otimiza o trabalho terapêutico, enfatizando a importância do trabalho em conjunto.

Palavras-chave: mutismo seletivo, tratamento cognitivo-comportamental, treino de pais

2.3 TRATAMENTO COGNITIVO-COMPORTAMENTAL PARA CRIANÇAS COM MUTISMO SELETIVO: RELATOS DE CASOS

Imira Fonseca de Azevedo, Sabrina Bastos de Freitas; Ximene Martins Antunes; Alessandra Pereira Lopes, Renata Barbosa, Stoessel Sanson da Nóbrega, Tatianny Guedes Hegouet, Ana Claudia de Azevedo Peixoto, Bernard Rangé, Marcele Regine de Carvalho (Universidade Federal do Rio de Janeiro, UFRJ, Rio de Janeiro, RJ)

O mutismo seletivo caracteriza-se pela recusa contínua da criança em falar em determinados locais e na presença de pessoas estranhas, mantendo-se normal a comunicação em casa e com pessoas próximas. A partir da década de 1960, a terapia comportamental apareceu como uma das principais formas de tratamento para o mutismo seletivo em decorrência da publicação de estudos descritivos que relatavam a eficácia de suas intervenções. Além disso, a eficácia comprovada no tratamento de crianças com fobia social sem mutismo seletivo e o aumento da credibilidade das técnicas de dessensibilização, em virtude da expansão do conhecimento do processamento cerebral do medo, ajudaram na popularização dessa forma de tratamento. O tratamento apresenta duas características essenciais: focar no presente e na relação da criança com o mundo e propiciar oportunidades da criança aprender comportamentos adaptativos. As principais intervenções utilizadas são a avaliação da força do comportamento verbal que será alterado pela criança, registros do nível de ansiedade durante momentos específicos ao longo do tratamento, desvanecimento do estímulo, reforçamento positivo, modelagem, modelação, treinamento em habilidades sociais, dessensibilização sistemática, manejo de contingências e automodelação. Por se tratar de um transtorno infantil, a participação dos pais durante o processo terapêutico assume importância fundamental para o andamento do trabalho. Para auxiliarem no progresso da criança, os pais participam de um programa de treinamento com a finalidade de lhes ensinar procedimentos e habilidades que suscitem a mudança comportamental dos filhos, através de sua interação com os mesmos. Não existe consenso quanto ao número de sessões a serem realizadas, variando entre 13 e 65. Tendo em vista o que foi exposto acima, o objetivo desse trabalho é apresentar casos clínicos atendidos na Divisão de Psicologia Aplicada da Universidade Federal do Rio de Janeiro, assim como o protocolo de atendimento de 24 sessões adaptado no Programa de Pós-Graduação do Instituto de Psicologia da UFRJ. Os casos ilustrados são de dois meninos de 6 e 9 anos, moradores da zona sul da cidade do Rio de Janeiro. O protocolo é dividido em quatro fases. Na primeira, ocorre a avaliação com os pais, escola e a criança. Na segunda, o objetivo é estimular o comportamento verbal. Na terceira, desenvolver habilidades sociais e estratégias de resolução de problemas e, na última, elaborar um plano de prevenção de recaídas. O atendimento foi realizado por duas estagiárias da equipe de terapia cognitivo-comportamental. Como peculiaridades dos clientes, se pode relatar que o menino de 9 anos apresenta mutismo seletivo apenas no ambiente escolar e/ou quando alguém da escola está presente em outro ambiente. Em seu primeiro encontro com a estagiária, ele se comunicou normalmente com a mesma enquanto estavam sozinhos, mas não o fez em frente à mãe. O menino de 6 anos apresenta mutismo seletivo em mais situações, falando apenas com os pais, irmão, alguns familiares e algumas crianças da vizinhança. Os atendimentos estão em andamento e serão apresentados os dados atualizados das intervenções realizadas.

Palavras-chave: relato de caso, terapia cognitivo-comportamental, infância

2.4 A RELAÇÃO ENTRE O MUTISMO SELETIVO E A EMOÇÃO DA VERGONHA

Ana Cláudia de Azevedo Peixoto (Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro – UFRRJ, Rio de Janeiro, RJ).

O objetivo principal dessa apresentação está em discutir uma forma de funcionamento e o padrão de desenvolvimento do transtorno infantil denominado mutismo seletivo. O mutismo seletivo se refere a um problema de comportamento infantil, cuja característica principal se evidencia pela ausência total ou parcial da fala. Esse tipo de comportamento tende a se manifestar em algumas situações sociais e na presença de algumas pessoas, sendo essas participantes do núcleo familiar ou não. Atualmente, o mutismo seletivo é considerado um subtipo de fobia social e, por isso, quando não tratado, pode ter conseqüências graves no desenvolvimento e no relacionamento intra e inter pessoal, dificultando a adaptação da criança em diferentes situações de rotina. As crianças que manifestam o mutismo podem desenvolver um déficit muito alto no repertório básico de comportamento de habilidades sociais, não conseguindo sinalizar suas intenções para defender seus próprios direitos. Após o trabalho de intervenção, utilizando o referencial teórico cognitivo-comportamental com algumas crianças que manifestam o mutismo seletivo, foi observado que a dificuldade de controle da emoção da vergonha era um fator decisivo na manutenção do transtorno. A vergonha é considerada por alguns teóricos uma emoção universal e está entre os sentimentos mais humilhantes e dolorosos da experiência humana. Na intervenção de tratamento com crianças portadoras de mutismo observa-se que a consciência da vergonha em algumas crianças com mutismo é tão alta que para evitá-la as crianças sofrem danos físicos e psicológicos. A vergonha, invariavelmente, vem acompanhada por grandes mudanças psicológicas, uma urgência em esconder-se, levando-os a sentirem-se inferiores, querendo esconder-se ou desaparecer. A vergonha reflete uma avaliação negativa do eu que essas crianças desenvolvem sobre si mesmas e uma percepção de status e reputação prejudicados aos olhos dos outros, gerando uma conseqüência aversiva. No mutismo, as crianças parecem estar sob o controle dessa emoção, elas são acometidas por um mal estar adquirido por condicionamento respondente, pelo fato de ter agido de maneira não aprovada e punida pelo ambiente circundante e por ter violado as expectativas de outros, como seus pais e professores, quanto ao seu próprio comportamento. Uma vez que esse transtorno seja reconhecido como raro e pouco conhecido da comunidade científica, pretendemos contribuir para a ampliação do entendimento sobre seu funcionamento.

Palavras-chave: Mutismo seletivo, Emoção, Vergonha.

3. APLICAÇÃO PRÁTICA DA TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL: REFLEXÕES CONTEMPORÂNEAS EM PREVENÇÃO E TRATAMENTO

Coordenadora: Maria Amélia Penido (Doutora em psicologia pela UFRJ, professora da Universidade Veiga de Almeida e sócia diretora da Psicoclinica cognitiva do Rio de Janeiro).

A mesa sobre “Aplicação prática da Terapia Cognitivo-Comportamental: reflexões contemporâneas em prevenção e tratamento” visa debater aspectos relevantes sobre a prática atual da terapia cognitiva. Os assuntos abordados refletem diferentes temas atuais relacionados à prevenção e tratamento. O primeiro trabalho foca na prevenção a demências e possíveis intervenções terapêuticas a partir da avaliação neuropsicológica de idosos atendidos na rede pública. Estudos comprovam que o envelhecimento cursa com modificações cognitivas, havendo uma diminuição na velocidade do processamento de informação e disfunção executiva. Neste contexto vislumbra-se a necessidade de estudos sobre o perfil neuropsicológico do envelhecimento, visto que é um fenômeno mundial que tem conseqüências diretas nos sistemas de saúde pública e na economia dos países desenvolvidos

e em desenvolvimento. O segundo trabalho apresenta um caso clínico focando nos aspectos importantes para o desenvolvimento de uma sólida relação terapêutica, preceito fundamental da terapia cognitiva. Em seguida, o tratamento do transtorno de ansiedade generalizada é discutido sob a perspectiva de uma nova prática baseada em *mindfulness* e aceitação, propondo um protocolo de intervenção aplicado em estudo de caso. O último trabalho aborda técnicas de teatro aplicadas ao tratamento em grupo do Transtorno de Ansiedade Social (TAS). O TAS é considerado um transtorno grave, de curso crônico, que pode chegar a ser incapacitante. Espera-se que essa mesa possa contribuir para a prática clínica ao apresentar uma complexidade de temas e intervenções inovadoras, debatendo as múltiplas aplicações da TCC atualmente, tanto em prevenção quanto em tratamento.

3.1 O DIAGNÓSTICO PRECOCE DAS DEMÊNCIAS E POSSÍVEIS INTERVENÇÕES TERAPEUTICAS: PERFIL NEUROPSICOLÓGICO DE UM GRUPO DE IDOSOS ATENDIDOS EM UM AMBULATÓRIO DE GERIATRIA EM UM HOSPITAL PÚBLICO TERCIÁRIO NA CIDADE DO RIO DE JANEIRO

Cristina Vieira Miranda (PUC e Psicológica cognitiva do Rio de Janeiro); Helenice Charchat-Fichman (PUC – RJ); Conceição Santos (PUC- RJ); Priscila Marques (UFRJ); Mariana Poubel (UFRJ); Camila de Assis (PUC – RJ); Alzira Costa (PUC – RJ); (Programa de Pós - Graduação em Psicologia Clínica – PUC - Brasil).

O Brasil é um dos países com maior aceleração do crescimento populacional de idosos nos últimos anos. Este crescimento da população idosa se deve a maior expectativa de vida ocasionada pela crescente evolução tecnológica de assistência a saúde, política e social. O envelhecimento se refere à etapa que os indivíduos adultos saudáveis adquirem uma maior vulnerabilidade orgânica que o predispõe mais facilmente a patologias. Estudos comprovam, que o envelhecimento cursa com modificações cognitivas, havendo uma diminuição na velocidade do processamento de informação e disfunção executiva. Neste contexto vislumbra-se a necessidade de estudos sobre o perfil neuropsicológico do envelhecimento, visto que é um fenômeno mundial que tem conseqüências diretas nos sistemas de saúde pública e na economia dos países desenvolvidos e em desenvolvimento. Diante deste contexto epidemiológico e demográfico, a identificação de indivíduos com potencial risco de desenvolver demência torna-se fundamental, visto que, existem estágios intermediários entre os indivíduos normais e aqueles que já apresentam alguma síndrome demencial, esta categoria diagnóstica denomina-se comprometimento cognitivo leve (CCL). Inicialmente as primeiras definições deste termo eram mais relacionadas ao déficit de memória, mas atualmente CCL é associado ao comprometimento de um ou mais domínios cognitivos em relação ao que é esperado para a idade. Considera-se a existência de CCL com base no número de funções acometidas, podendo ser de domínio único ou múltiplo, com ou sem comprometimento da memória. O objetivo do presente trabalho é mapear o perfil neuropsicológico de uma amostra serial de idosos atendidos no ambulatório da geriatria do Hospital dos Servidores do Estado do Rio de Janeiro. Os testes neuropsicológicos são administrados com o uso de estímulos padronizados para apresentação, com o objetivo de avaliar, atenção, memória episódica, memória semântica, habilidades visuo espaciais/construtivas, funções executivas e linguagem, que estão comprometidas e preservadas. Baseado nestes testes cognitivos de rastreio, um algoritmo diagnóstico é aplicado para estabelecer se os idosos apresentam envelhecimento normal, comprometimento cognitivo leve ou estado demencial. Explorar essa heterogeneidade é fundamental para diagnósticos clínicos mais precisos e desenvolvimento de projetos de intervenção medicamentosa e comportamental precoces. Portanto, apesar de ainda gerar controvérsias, o diagnóstico precoce das demências possibilita a intervenção terapêutica

(farmacológica e comportamental), diminui os níveis de estresse para os familiares, reduz riscos de acidentes, prolonga autonomia e talvez, em alguns casos, evite ou retarde o início do processo demencial, bem como a prevenção de isolamento social e doenças psiquiátricas no envelhecimento. Os serviços públicos de atendimento ao idoso, na sua maioria, focalizam o tratamento de doenças agudas ou crônicas, pouca ênfase é dada a prevenção, especialmente de distúrbios neuropsiquiátricos.

Palavras-chave: Neuropsicologia; Envelhecimento; Prevenção.

3.2 TRANSTORNO DE ANSIEDADE GENERALIZADA: UMA NOVA PERSPECTIVA ATRAVÉS DA PRÁTICA DA TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL BASEADA EM *MINDFULNESS* E ACEITAÇÃO

Maria Amélia Penido (universidade Veiga de Almeida, UVA, Rio de Janeiro, RJ e Psicoclinica cognitiva do Rio de Janeiro); Juliana LoureiroVieira, (Universidade Veiga de Almeida, UVA, Rio de Janeiro, RJ).

A terapia cognitivo-comportamental baseada em *mindfulness* e aceitação é uma nova abordagem da psicologia. Ela busca ajudar o cliente a identificar e vivenciar de forma consciente suas emoções, tanto as boas quanto as ruins, sem ficar dominado por elas. Aliar a terapia cognitivo-comportamental (TCC) à *mindfulness* e aceitação é um desafio que pode gerar resultados positivos, uma vez que a aceitação da ansiedade, ou seja, a tolerância de algum nível de desconforto facilita o seu manejo, o que pode contribuir para potencializar a reestruturação cognitiva. O transtorno de ansiedade generalizada (TAG) é considerado crônico e afeta cerca de 5,1% da população. Sua principal característica consiste na presença de excessiva ansiedade e preocupação, considerada de difícil controle pelo indivíduo, afetando inúmeras áreas de sua vida. Eventos considerados levemente ansiogênicos por indivíduos normais tornam-se catastróficos aos olhos de indivíduos diagnosticados com TAG, gerando grande carga de sofrimento. Outra característica comum é a frequente utilização da evitação como estratégia para afastar-se de estímulos cognitivos e emocionais aversivos, fato este que contribui para manter o transtorno. A aceitação da ansiedade é um aspecto fundamental para o seu manejo. O presente trabalho consiste em uma pesquisa de iniciação científica que teve como objetivo realizar uma revisão da literatura para o posterior desenvolvimento de um protocolo de atendimento aplicado em um caso único piloto. Alguns componentes utilizados neste protocolo foram: introdução ao modelo cognitivo, *mindfulness*, e TAG; ênfase à aprendizagem experiencial; ampliação de uma consciência não julgadora; aumento da flexibilidade e ação consciente; utilização de técnicas de relaxamento e meditação; psicoeducação; reestruturação cognitiva; exposição a situações ansiogênicas e treino em solução de problemas. A pesquisa bibliográfica foi realizada nas principais bases de dados da área: Scielo e pubmed, além de livros e teses publicadas sobre o assunto, para desenvolver e estruturar o protocolo de atendimento combinando a TCC tradicional à prática de *mindfulness* e aceitação. Este protocolo foi aplicado em 1(um) cliente diagnosticado com TAG, para posterior avaliação dos resultados pré e pós tratamento através de escalas de medida de ansiedade, preocupação e qualidade de vida. Até o presente momento foi possível concretizar a pesquisa literária do tema, além de construir e aplicar o protocolo sugerido, os resultados indicaram melhora nas escalas de avaliação. Por se tratar de um tema novo, os estudos com essa modalidade clínica devem ser aprofundados. Essa pesquisa é o início de um trabalho que visa uma futura aplicação em um maior quantitativo de indivíduos mirando maior consistência e confiabilidade.

Palavras-Chave: transtorno de ansiedade generalizada, terapia cognitivo-comportamental, *mindfulness*.

3.3 A IMPORTÂNCIA DA CONSTRUÇÃO DA RELAÇÃO TERAPÊUTICA EM TCC: DESCRIÇÃO DE UM DESAFIO CLÍNICO

Maria Amélia Penido (Universidade Veiga de Almeida, UVA, Rio de Janeiro, RJ e Psicoclinica Cognitiva do Rio de Janeiro); Fernanda Carvalho de Alvarenga Peixoto (Universidade Veiga de Almeida, UVA, Rio de Janeiro, RJ).

A relação terapêutica é um aspecto central da terapia cognitiva. Existem estudos indicando que uma boa relação terapêutica prediz bons resultados. Com frequência o fracasso terapêutico é resultado de uma negligência a esse aspecto da terapia, muitas vezes originado por falta de empatia do terapeuta, ou mesmo um estilo mais defensivo em relação ao paciente. O trabalho realizado por um terapeuta deve priorizar as habilidades necessárias para o desenvolvimento de uma relação terapêutica adequada. E essa relação terapêutica envolve basicamente as características pessoais de um terapeuta, de um paciente e a interação entre ambas as partes. Em relação às características pessoais do terapeuta, algumas qualidades são apontadas como necessárias pela literatura: postura empática e compreensiva; aceitação incondicional do cliente; autenticidade; autoconfiança; capacidade para identificar sinais de ruptura terapêutica que possam surgir e flexibilidade na aplicação de técnicas, o que com frequência gera sentimento de gratidão por parte do paciente em relação a seu terapeuta. Além disso, considera-se que o terapeuta deva estar em sintonia com o processo do cliente. Alguns comportamentos são considerados relevantes para a relação terapêutica: altas taxas de comportamentos gestuais como sorrisos, aproximação do corpo em direção ao cliente e assentimento com a cabeça; além de: solicitação de informações; fornecimento de informações; empatia, calor humano, interesse genuíno, compreensão; Sinalização; Aprovação; orientação; interpretação; confrontação e flexibilidade. O comportamento dos clientes também é fundamental na relação, podemos citar alguns comportamentos deles que dificultam a relação terapêutica: falta de motivação; expectativas e faixa etária. A relação terapêutica pode exercer uma influência positiva ou negativa na efetividade da terapia, por isso é importante desenvolver uma relação de respeito que gere expectativas positivas e uma participação efetiva do cliente. A proposta desse trabalho surgiu a partir da minha prática clínica, no atendimento como estagiária do SPA de uma universidade particular. Meu primeiro paciente, de imediato, mostrou-se muito resistente, chegando com frequência a banalizar os atendimentos e a crença em sua melhora, tornando-se um desafio clínico, especialmente para terapeutas menos experientes como eu. Ao longo do tratamento foi possível perceber o quão importante é para o paciente e para o terapeuta uma relação baseada em empatia, confiança e ausência de julgamentos. O objetivo deste trabalho é descrever um caso clínico em Terapia Cognitivo Comportamental, onde a eficácia da terapia se baseou na relação terapeuta-cliente, além de apresentar revisão da literatura propondo a discussão dos conceitos de transferência e contra-transferência em Terapia Cognitivo Comportamental a partir do caso clínico e seus desafios.

Palavras-chave: Resistência; Vínculo terapêutico; Tratamento.

3.4 TRANSTORNO DE ANSIEDADE SOCIAL (TAS) : ADAPTAÇÃO DE TÉCNICAS DO TEATRO DO OPRIMIDO PARA O TRABALHO DE TCC EM GRUPO

Maria Amélia Penido (universidade Veiga de Almeida, UVA, Rio de Janeiro, RJ e Psicoclinica cognitiva do Rio de Janeiro); Bernard Pimentel Rangé (UFRJ).

Introdução: A fobia social é considerada um transtorno grave, de curso crônico, que pode chegar a ser incapacitante. É o terceiro transtorno psiquiátrico mais comum, havendo estimativas de que possa atingir mais de 13% da população geral. É um transtorno cuja característica básica é o medo de ser avaliado negativamente, em situações sociais. Atualmente o tratamento considerado mais efetivo para o TAS é a terapia cognitivo-comportamental em grupo. O Teatro do Oprimido foi criado por Augusto Boal, na década de 60, com o objetivo de desenvolver em todos a capacidade de se expressar através do teatro, de transformar o espectador em agente da ação dramática. O Teatro do Oprimido é um conjunto de técnicas, exercícios e jogos teatrais, organizados em diferentes modalidades, que tem como principal objetivo colocar o teatro a serviço da transformação social. É uma metodologia transformadora que propõe o diálogo como meio de refletir e buscar alternativas para conflitos interpessoais e sociais. Uma das principais intervenções da TCC é a reestruturação cognitiva, que consiste em questionar nossos pensamentos buscando alternativas mais realistas de avaliação das situações vividas. O foco da terapia é no aqui-e-agora, isto é no presente. O passado e o futuro são vistos como sendo constantemente filtrados através do momento presente. No teatro, podemos trazer eventos passados para o presente, tendo o foco também no aqui e agora. **METODOLOGIA:** Foi desenvolvido um programa de tratamento psicológico estruturado para fobia social, aliando a terapia cognitivo-comportamental em grupo, às técnicas de teatro do oprimido e também técnicas de videofeedback, e avaliou a eficácia desse tratamento em comparação a um grupo controle em lista de espera. Foram avaliados 35 sujeitos que participaram do tratamento e 21 sujeitos em lista de espera. As avaliações ocorreram antes do início da terapia, ao final da terapia e após um mês do término da terapia. Foram realizadas 18 sessões com duração de duas horas cada. As sessões ocorreram duas vezes por semana. **DISCUSSÃO:** Os resultados encontrados indicaram que o modelo proposto se mostrou mais eficaz que a passagem do tempo. Esse protocolo focou no treinamento das principais habilidades sociais e técnicas cognitivas destacados pela literatura. **Conclusão:** O protocolo de tratamento incluiu quatro focos: 1) Psicoeducação: informar aos pacientes sobre a fobia social e o modelo cognitivo comportamental desse transtorno. Esse é um estágio inicial que procura favorecer o trabalho em grupo pelo compartilhar de informações tanto técnicas (fornecido pelo terapeuta) e pessoais (fornecido pelo pacientes); 2) Treinamento em habilidades sociais, adaptando técnicas de teatro para desenvolver de forma criativa essas habilidades, verbais e não verbais 3) Reestruturação cognitiva, usando o grupo como prática para identificar e reestruturar os pensamentos automáticos e crenças que podem atuar dificultando o desempenho social; e 4) Exposição ao vivo e relaxamento: expor os pacientes às situações ansiogênicas gradualmente no próprio grupo e em atividades programadas entre sessões e ensinar técnicas de respiração diafragmática e relaxamento muscular progressivo para manejo dos sintomas fisiológicos de ansiedade, favorecendo os exercícios de exposição.

Palavras-chave: ansiedade social, teatro do oprimido, terapia cognitivo-comportamental.

4. HABILIDADES SOCIAIS NO CONTEXTO EDUCATIVO E DA SAÚDE

Coordenadora: Adriana Benevides Soares (Universidade Salgado de Oliveira - UNIVERSO e Universidade do Estado do Rio de Janeiro - UERJ).

As habilidades sociais têm sido consideradas preditoras de comportamentos saudáveis tanto no contexto educacional quanto no da saúde. No contexto educativo são repertoriados na literatura diversos estudos que mostram que comportamentos socialmente competentes contribuem para melhorar o desempenho acadêmico, melhorar a adaptação a instituição de nível superior e para diminuir a evasão escolar. No contexto da saúde, as habilidades sociais têm sido associadas a menores níveis de estresse, de depressão e de ansiedade dentre outros transtornos mentais. O desenvolvimento das habilidades sociais pode então ser considerado como elemento promotor da qualidade de vida prevenindo comportamentos desadaptativos e por consequência mais integrados as exigências e demandas do contexto social. Sendo assim, são apresentados nesta mesa três trabalhos. O primeiro estudo aborda fatores que influenciam o desempenho acadêmico do estudante universitário; as expectativas, as habilidades sociais e a inteligência. É indicado neste estudo que expectativas acadêmicas e habilidades sociais são preditores significativos do desempenho acadêmico enquanto a inteligência não foi especialmente determinante. O segundo trata de comparar habilidades sociais e autoeficácia de médicos e enfermeiros em suas atuações profissionais. Os resultados mostram que os médicos apresentam mais correlações entre autoeficácia e habilidades sociais do que enfermeiros embora os enfermeiros apresentem escores mais altos de habilidades sociais. O terceiro relaciona habilidades sociais e padrões de apego em usuários de substâncias psicoativas. Os resultados mostram que os usuários de substância psicoativa apresentaram escores mais baixos de habilidades sociais e níveis mais elevados de apego inseguro que os não usuários. Os resultados dos três estudos mostram que as habilidades sociais tem papel fundamental tanto do desempenho acadêmico quanto na prática profissional assim como na prevenção de comportamentos desadaptativos.

4.1 HABILIDADES SOCIAIS E AUTOEFICÁCIA DE MÉDICOS E ENFERMEIROS: UM ESTUDO COMPARATIVO

Jacqueline Maia de Miranda (Universidade Salgado de Oliveira - UNIVERSO) e Adriana Benevides Soares (Universidade Salgado de Oliveira - UNIVERSO e Universidade do Estado do Rio de Janeiro - UERJ).

Numa sociedade cada vez mais diversificada e exigente como a que se evidencia na atualidade é exigido do indivíduo a todo instante competências técnicas e relacionais no seu desempenho profissional. Essa exigência faz com que as pessoas busquem aprimoramentos para atender as demandas do sistema, seja desenvolvendo-se tecnicamente seja, aprimorando seu desempenho interpessoal. O dia a dia das atividades laborais e sociais é repleto de situações de enfrentamento, de conflitos que conseqüentemente são geradores de estresse. Esses momentos podem ser superados de forma mais fácil quando as habilidades relacionais ocorrem de maneira competente. No caso dos profissionais da saúde, como os médicos e enfermeiros, frequentes são as situações estressoras em suas jornadas de trabalho. Para um melhor desempenho profissional, as habilidades de enfrentamento, de autoafirmação na expressão de afeto, de empatia, de conversação e desenvoltura social, de exposição a desconhecidos e de controle da agressividade precisam estar em pleno desenvolvimento, uma vez que o repertório habilidoso pode reforçar a noção de autoeficácia desses indivíduos. A autoeficácia é construída por um conjunto de crenças que norteia pensamentos, ações e

emoções e por isso pode ser determinante na prática profissional. A literatura mostra que a exigência dos usuários de planos de saúde, dos pacientes, de um modo geral, tem sido pautada na necessidade de manter um bom relacionamento interpessoal com esses grupos de profissionais. A adesão ao tratamento prescrito e a melhora de um paciente tem sido abordada na literatura como em grande parte condicionada a um bom convívio interpessoal. Sendo assim, o presente estudo objetivou comparar as habilidades sociais e autoeficácia em médicos e enfermeiros. A amostra foi composta por 168 indivíduos, sendo 82 médicos e 86 enfermeiros. Foram utilizados os seguintes instrumentos: Inventário das Habilidades Sociais (IHS – Del Prette), Inventário de Empatia e a Escala de Autoeficácia Geral Percebida. O estudo pode constatar que habilidades sociais se correlacionam com a crença na autoeficácia na amostra total dos grupos, que o grupo de médicos apresentou maior número de correlações significativas entre os fatores do inventário de habilidades sociais e a escala de autoeficácia, que os enfermeiros apresentaram escores mais altos em alguns fatores do IHS, como enfrentamento, autoexposição a desconhecidos e no IHS total, que os dois grupos apresentaram resultados semelhantes nos escores de autoeficácia não havendo assim diferença significativa e que a formação em medicina impacta também na crença de autoeficácia. Os resultados obtidos contribuem para a compreensão de que o desenvolvimento das habilidades sociais é um fator importante para o desenvolvimento da crença de autoeficácia, isso por que o aprendizado e o aprimoramento das habilidades sociais fazem parte de um processo que se desenvolve na medida em que se interage com o outro e essa aprendizagem influencia o indivíduo em seu comportamento e conseqüentemente em seu desempenho social.

Palavras-chave: autoeficácia, médicos, enfermeiros, habilidades sociais

4.2 HABILIDADES SOCIAIS, PADRÃO DE APEGO E DEPENDÊNCIA DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS

Vanuza Francischetto (Universidade Salgado de Oliveira – UNIVERSO) e Adriana Benevides Soares (Universidade Salgado de Oliveira - UNIVERSO e Universidade do Estado do Rio de Janeiro - UERJ).

As habilidades sociais referem-se a comportamentos necessários a uma relação interpessoal com êxito e levam o indivíduo a se relacionar de maneira adequada e satisfatória. Tais habilidades permitem uma conexão entre o sujeito e o seu ambiente de maneira mais saudável. No entanto, os déficits em habilidades sociais podem levar o indivíduo a vários prejuízos nas relações interpessoais. O desenvolvimento do repertório de habilidades sociais pode ser construído a partir da relação com os pais. Desta forma, os pais acolhedores e com atitudes positivas ajudam as crianças a desenvolverem estratégias funcionais em todas as suas interações, ao contrário, pais agressivos e que não mantêm o diálogo proporcionam as crianças estratégias desadaptativas ao seu meio como, por exemplo, o uso de substâncias psicoativas. Através destas experiências iniciais que a criança estabelece uma ligação afetiva com as figuras de apego (pais ou cuidadores). Estas figuras despertam um sentimento de segurança, conforto e proteção, fazendo com que a criança possa investigar o seu ambiente de maneira saudável. Portanto, o apego refere-se aos laços afetivos construído na infância a partir das experiências com os pais. Se os cuidadores proporcionarem proteção e segurança, é provável que o indivíduo desenvolva um apego seguro, porém se esta base de conforto e segurança for abalada o vínculo afetivo será construído de forma insegura. Os indivíduos com o apego seguro confiam em si mesmos, expressam seus sentimentos de forma funcional e conseguem enfrentar as adversidades sociais de forma apropriada. Já os indivíduos com o padrão de apego inseguro possuem baixa autoestima, apresentam dificuldades de regular o

próprio afeto e se tornam vulneráveis aos transtornos mentais como a dependência de substâncias psicoativas. Desta forma, é possível observar que os déficits de habilidades sociais e o padrão de apego inseguro podem estar implicados no desenvolvimento da dependência de drogas. Com o objetivo de identificar a relação entre habilidades sociais e padrão de apego em sujeitos com dependência de substância, esta pesquisa constou com a amostra de 142 sujeitos, entre 21 a 59 anos, sendo que 71 sujeitos com dependência de substância psicoativa e 71 não dependentes de substância. Foram utilizados o Inventário de Habilidades Sociais (IHS-Del-Prette) e a Escala de Apego Adulto (EAA-Collins-Read). Os resultados mostram que os dependentes de substância psicoativa apresentaram escores mais baixos em habilidades sociais e níveis mais elevados de apego inseguro que os não dependentes. Este estudo contribui para a identificação de alguns fatores implicados no desenvolvimento da dependência de substância e aponta a importância para o treinamento em habilidades sociais e o reconhecimento da formação de organização segura de apego como fator de proteção ao uso de drogas.

Palavras-chave: apego, substâncias psicoativas, habilidades sociais.

5. CONTRIBUIÇÕES DA PSICOLOGIA DO DESENVOLVIMENTO PARA A PROMOÇÃO DE SAÚDE

Coordenador: Rafael Vera Cruz de Carvalho (Universidade do Estado do Rio de Janeiro).

Esta mesa visa explorar contribuições da Psicologia do Desenvolvimento para a promoção de saúde nas interações familiares, em diversos contextos. As bases teóricas dos trabalhos são: Psicologia Evolucionista do Desenvolvimento, Terapia Cognitivo-Comportamental e Neuropsicologia. Carvalho & Seidl-de-Moura discutem as relações das trajetórias de desenvolvimento do *self* com a empatia. O desenvolvimento do *self*, a noção de si, se dá na interação e a família é importante nesse processo. As características de cada trajetória de desenvolvimento do *self*, com ênfase na autonomia / relação, são enfocadas e suas relações com um modelo de desenvolvimento saudável para o mundo contemporâneo são discutidas. Propõe-se incluir este conhecimento para uma eficácia ainda maior de programas de treino de habilidades sociais. Melo-de-Aguiar apresenta seu trabalho clínico com mães após o parto e as especificidades da prática em grupo educativo-terapêutico. Recursos de apoio e psico-educação foram utilizados no atendimento às mães e o resultado tem sido positivo. São apresentados relatos de acolhimento e conforto das participantes, além do aumento na qualidade das relações familiares e do reflexo no investimento materno. Brooking & Seidl-de-Moura enfocam nas etapas do desenvolvimento infantil e na importância da estimulação cognitiva em bebês que vivem em situações de risco, com objetivo de aprimorar o processamento neurocognitivo da criança. Serão discutidas as características da intervenção voltada para esse grupo, considerando os aspectos cognitivos, sociais e emocionais e envolvendo a família. Marinho, Seidl-de-Moura & Mendes abordam as características do desenvolvimento no contexto da UTI-neonatal, vivenciado por bebês prematuros ou de baixo peso e suas famílias. A presença ativa dos pais é importante para o aumento na qualidade de interação entre eles e bebê e para o desenvolvimento físico e emocional infantil. Neste trabalho será enfocada a interação mãe-bebê e propõe-se estratégias de educação familiar em saúde para que suas práticas se relacionem com necessidades e competências do bebê. Não apenas o desenvolvimento cognitivo e motor são priorizados, mas também uma integração cognitivo-emocional, que envolve as interações iniciais entre mãe-bebê. Estes trabalhos representam discussões teóricas e empíricas explorando as relações entre estudos sobre

desenvolvimento e as práticas que envolvem esse desenvolvimento. A educação sobre o desenvolvimento pode maximizar o potencial que pais têm para cuidar dos filhos, favorecendo seu empoderamento e interações de maior qualidade. O conhecimento da Psicologia do Desenvolvimento pode contribuir muito para o estudo da saúde e no planejamento de intervenções visando qualidade de vida para a população, desde antes do nascimento.

5.1 EMPATIA E TRAJETÓRIAS DE DESENVOLVIMENTO: ALGUMAS REFLEXÕES

Rafael Vera Cruz de Carvalho; Maria Lucia Seidl-de-Moura (Universidade do Estado do Rio de Janeiro).

A empatia é uma habilidade social amplamente estudada na literatura, tendo sua importância bastante destacada em diversas áreas da vida adulta. Ela representando a capacidade de compreender e expressar a compreensão dos pensamentos e sentimentos do outro. Há uma base biológica importante que reflete suas origens ao longo da evolução e o seu compartilhamento em algum nível com animais de outras espécies, assim como o papel do contexto que cerca o seu desenvolvimento. No entanto, alguns aspectos sobre o desenvolvimento desta habilidade foram pouco explorados por estudos e o objetivo deste trabalho é apresentar reflexões sobre as relações entre o desenvolvimento da empatia e as trajetórias de desenvolvimento do *self*. O *self*, a noção que temos de nós mesmos, inicia seu desenvolvimento desde cedo na infância e pode seguir trajetórias diversas em função das características do contexto que o envolve. De acordo com a literatura, existem direções com ênfase geral na autonomia e na relação, de acordo com o que é considerado ser socialmente competente dentro do contexto. Essas direções são as trajetórias de desenvolvimento, que podem ser definidas como um reflexo na ontogênese de um conjunto de crenças e práticas parentais ajustadas ao contexto cultural e sociodemográfico. Os diferentes caminhos que o desenvolvimento pode tomar afetam diversos aspectos cognitivos e socioemocionais da mente e, podemos considerar a hipótese de que ocorre o mesmo com a empatia. Muitos estudos têm sido feitos sobre trajetórias de desenvolvimento com famílias de crianças pequenas e, em geral, com mães, mas não com o desenvolvimento da empatia em trajetórias diversas. Pode-se pensar que esse desenvolvimento segue trajetórias e formas de socialização distintas, dependendo da valorização relativa das dimensões de autonomia e de relação que caracterizam a construção do *self* com o outro, mas há a tendência universal para a formação de relações primárias, já que fazemos parte de uma espécie social. Da mesma forma, é uma característica da espécie tender ao equilíbrio entre as dimensões de autonomia e relação, permitindo diferentes modos de “desenvolvimento saudável” em função do contexto. A família é um microcontexto importante desse processo. Podemos supor que, em núcleos familiares em que a interdependência é valorizada, os membros poderão ser mais automaticamente empáticos por enfatizar a relação com o outro (seriam voltados para os outros). Por sua vez, os independentes usariam a capacidade empática de forma mais controlada, para perceber sinais emocionais dos outros relacionados às suas ações. Serão apresentados os modelos de trajetórias de desenvolvimento do *self*, assim como os aspectos das trajetórias que representariam um desenvolvimento saudável e adaptado às características da vida no mundo globalizado contemporâneo, discutindo a importância de se incluir esse conceito nos treinos de habilidades sociais.

Palavras-chave: empatia, trajetórias de desenvolvimento, psicologia evolucionista do desenvolvimento.

5.2 ESPECIFICIDADES DO ATENDIMENTO PSICO-EDUCATIVO NO PÓS-PARTO EM UM GRUPO DE MULHERES DO RIO DE JANEIRO

Aline Melo-de-Aguiar (Universidade do Estado do Rio de Janeiro).

A chegada de um bebê, em geral, traz alterações na rotina de uma família. O momento do pós-parto, compreendido como os três primeiros meses após o nascimento, tem especificidades e requer um conhecimento amplo por parte do profissional envolvido no atendimento a tal população, pois envolve aspectos biológicos, psicológicos e sociais. Este trabalho pretende abordar tais especificidades e mostrar a prática em um grupo educativo-terapêutico em clínica privada, no Rio de Janeiro, coordenado por profissionais da área da psicologia, com o objetivo de atuar de modo preventivo e promotor de saúde para a mulher e a família no período após o nascimento do bebê. Tem como bases filosóficas e teóricas a psicologia evolucionista (PE) e a terapia cognitivo-comportamental (TCC). A primeira nos guia através da ótica do que é um bebê humano. A segunda organiza e cria estratégias para o atendimento às mães. O grupo atende, em sua maioria, mulheres do Rio de Janeiro, que têm curso superior completo, idades entre 30 e 40 anos e classe econômica média. O grupo tem por objetivos: 1) acolher e discutir questões fisiológicas, emocionais e sociais relacionadas ao pós-parto; 2) fornecer conhecimento sobre o desenvolvimento e cuidados com o bebê; 3) auxiliar a mãe a lidar adequadamente com as angústias e culpas deste período, o excesso de trabalho e o cansaço; 4) orientar a mãe para a formação de uma rede de apoio; 5) abordar aspectos socio-econômico-culturais relativos à volta ao trabalho; 6) refletir sobre o papel dessa nova mulher (mãe), sem perder de vista a mulher que era; 7) orientação para a criação de filhos de maneira emocionalmente saudável. A metodologia aplicada utiliza dinâmicas de grupo; aulas expositivas; discussão de temas e leituras indicadas baseadas nos temas levantados para discussão. Como apoio, há um grupo de discussão virtual para que as mães possam “dialogar” e definir qual o tema que será tratado no encontro. Desse modo, há um apoio constante e não somente quando há o encontro presencial. Os temas mais abordados são: depressão pós-parto; cansaço dos primeiros meses; cuidados com o bebê; retomada da atividade sexual; amamentação; introdução de alimentos; desenvolvimento infantil (0 a 24 meses); orientação para a educação e criação de filhos de maneira emocionalmente saudável; rede de apoio; escolha de creche/babá; e retorno ao trabalho. Não há uma sequência fixa de exposição dos temas discutidos, pois, os mesmos são definidos e discutidos de acordo com a necessidade das participantes do grupo. A frequência do grupo é semanal, com, no máximo, seis participantes, a mulher pode participar de quantos encontros quiser e, em geral, os bebês vão junto com as mães. O resultado prático tem sido proveitoso, as mães relatam sentir o grupo como acolhedor e formador de rede de apoio, minimizando angústias e promovendo qualidade de vida nas relações familiares. Um indicador que merece destaque é a manutenção do aleitamento materno exclusivo até os seis meses do bebê em grande parte das participantes.

Palavras-chave: pós-parto, grupo psico-educativo, promoção de saúde.

5.3 IMPORTÂNCIA DA ESTIMULAÇÃO COGNITIVA EM BEBÊS FILHOS DE MÃES EM SITUAÇÃO DE RISCO

Luciana Brooking; Maria Lucia Seidl-de-Moura (Universidade do Estado do Rio de Janeiro).

O desenvolvimento é formado por períodos, algumas vezes de crescimento rápido e outras vezes mais lentos, nos quais as mudanças vão se consolidando. Quando um sistema muda,

outros sofrerão as consequências dessa mudança. Esse caminho sofre influência dos processos biológicos (como poda de sinapses e maturação encefálica) e comportamentais que determinam a capacidade de saúde, bem como de sua família, de sua cultura e sociedade em que vive. O recém-nascido já apresenta algumas habilidades cognitivas que vão se aprimorando a partir dos seis meses, e aos 12 meses já estão um pouco mais sofisticadas. Nessa etapa, as crianças já conseguem estabelecer estratégias para atingir um objetivo, mas ainda não apresentam representação simbólica. A partir dos 18 meses, começa o uso de símbolos pela criança, principalmente após dois anos, como por exemplo, brincar de “faz de conta”. Durante esse processo, a criança passará por mudanças sociais, de linguagem e cognitivas, e também desenvolverá habilidades. Tais mudanças sofrerão o impacto e serão moduladas pelos aspectos emocionais. Frente a importantes pontos nas diversas fases do desenvolvimento, indaga-se como se daria esse processo em famílias que vivem em situações de risco, apresentando escassez de recursos necessários nesses momentos. Pode-se considerar como riscos as questões sociais como pobreza, mães deprimidas, exposição à violência, e fatores biológicos como deficiência de ferro e iodo, malária, atraso no crescimento intrauterino, exposição a metais como chumbo e arsênico. Sabe-se que em grupos com níveis socioeconômicos desfavorecidos, as crianças podem não conseguir atingir seu potencial máximo esperado. Tal característica pode gerar, então, atraso motor, cognitivo, socioemocional e linguístico nessas crianças. Perante as diversas evidências de que os fatores biológicos e ambientais influenciarão no desenvolvimento infantil, a literatura apresenta a estimulação ambiental, social e cognitiva com um papel extremamente positivo no desenvolvimento. Observa-se que o afeto seguro e um ambiente enriquecido são fatores protetores no desenvolvimento. As trajetórias de vida serão permeadas por aspectos biológicos e ambientais, e tais características passarão ao longo da vida do sujeito chegando à vida adulta, até como um determinante de posição socioeconômica. Dessa forma, uma estimulação feita de forma correta irá melhorar o processamento neurocognitivo e encefálico da criança, pois quanto mais cedo houver uma intervenção, haverá melhores taxas de retorno. Um treino cognitivo dará enfoque a direcionar a atenção da criança a estímulos que beneficiarão um melhor desenvolvimento cognitivo, social e emocional, proporcionando uma adaptação mais adequada. Essa estimulação precisa envolver o ambiente familiar, uma vez que a fala dos pais no início da vida vai circunscrevendo o comportamento da criança. Sendo assim, devido à importância desses aspectos, cabe a inserção de um programa de estimulação que supra os déficits encontrados visando um desenvolvimento mais saudável e evitando-se prejuízos individuais e sociais.

Palavras-chave: desenvolvimento infantil, cognição, promoção de saúde.

5.4 EDUCAÇÃO EM SAÚDE A PARTIR DAS INTERAÇÕES PAIS-BEBÊ NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL

Talita Maria Aguiar Marinho; Maria Lucia Seidl-de-Moura; Deise Maria Leal Fernandes Mendes (Universidade do Estado do Rio de Janeiro).

O desenvolvimento da tecnologia da reprodutividade assistida, junto a fatores de condições médicas maternas como o risco de pré-eclâmpsia, contribuíram para a epidemia internacional de bebês que nascem prematuros e com baixo peso. Estes bebês sobrevivem graças ao aparato técnico de uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) que contribuiu para a queda da mortalidade e da sobrevivência dos prematuros. No entanto, essa queda da mortalidade conduziu para um aumento da morbidade, o que caracteriza uma transição epidemiológica. Assim, na prática de saúde, os esforços antes investidos na busca da sobrevivência devem

agora focar na qualidade desta. Dentro da UTIN a qualidade de vida do neonato é afetada principalmente pela terapia implementada e pela separação do bebê de sua família que esse processo pode provocar. Nesse sentido, a qualidade da interação mãe-bebê tem sido considerada fundamental para melhorar os efeitos do nascimento pré-termo não só na própria interação, mas na parentalidade, no desenvolvimento infantil e da relação. A gênese dos processos característicos do desenvolvimento cognitivo se dá nas interações mãe-bebê, desde fases precoces do desenvolvimento e ainda que a compreensão das interações iniciais seja fundamental para a compreensão da própria ontogênese humana. Vários estudos da área assumem que as interações sensitivas e responsivas entre pais e crianças podem ter um efeito positivo na presente e na futura saúde mental da criança. No entanto, a organização de bebês prematuros, frágeis e de baixo peso, pode gerar estresse nas mães ou torná-las menos sensitivas. Muitas vezes, as mães reduzem a capacidade de reconhecer, ler e interpretar pistas comportamentais menos organizadas de um bebê prematuro. Assim podem tornar-se menos sensitivas às interações sociais com seus filhos quando saem do hospital. Nesse sentido, esse trabalho propõe estratégias de educação em saúde que podem contribuir a partir de intervenções de baixo custo voltadas para a educação familiar sobre práticas de cuidados relacionados às necessidades do bebê e sobre suas competências. Dessa maneira, torna-se necessária uma estratégia de educação em saúde na UTIN, que cuide não apenas de um bebê, mas de seu entorno inicial, equipe e família, e que não se volte apenas para as deficiências e fragilidades do bebê prematuro, mas também para suas capacidades, principalmente sobre suas estratégias de sobrevivência traz contribuições muito importantes. Enfatiza que o cuidado não está voltado apenas para o desenvolvimento motor e cognitivo futuro desta criança, mas para uma integração sobre a unidade emoção-cognição que o cerca a partir das interações iniciais.

Palavras-chave: educação em saúde, cognição, prematuros.

6. HABILIDADES SOCIAIS E EDUCAÇÃO DE JOVENS

Coordenadora: Adriana Benevides Soares (Universidade Salgado de Oliveira - UNIVERSO e Universidade do Estado do Rio de Janeiro - UERJ).

A juventude é um período de desenvolvimento cognitivo, afetivo e social que envolve um amadurecimento progressivo, pois engloba o desempenho de novas responsabilidades acadêmicas, quando são necessários novos métodos e recursos para obter bom desempenho escolar; novas responsabilidades afetivas principalmente quando se busca companheiros afetivos para a constituição familiar e de responsabilidades sociais de trabalho, de organização financeira de sustento e estio familiar. Quando o desenvolvimento e a transição da adolescência para a idade adulta se fazem tranquilamente ainda assim são necessárias adaptações significativas às exigências do mundo adulto: habilidades sociais, relações familiares, autoeficácia, inteligência, apego e outros fatores estão em jogo. Esta mesa se propõe a discutir a juventude e suas relações interpessoais. No primeiro trabalho são apresentadas as relações entre habilidades sociais e competências cognitivas de leitura, no segundo as relações de entre apego e habilidades sociais em menores infratores e no terceiro as relações entre práticas parentais, habilidades sociais, autoeficácia e resiliência em estudantes do ensino médio. O primeiro estudo apresentou resultados no sentido de evidenciar que quanto mais escores de habilidades sociais os adolescentes apresentam melhor o desempenho na leitura; mostrou também que habilidades sociais e inteligência fluida são variáveis que influenciam na compreensão de textos. O segundo estudo apontou, dentre outros

resultados, que adolescentes com histórico de infração legal apresentaram mais relações entre apego e habilidades sociais do que os sem histórico de infração legal evidenciando que apego seguro e habilidades sociais podem ser fatores de proteção à atos infracionais. O terceiro estudo indicou que a estrutura familiar não afetou o bem-estar dos adolescentes, entretanto que as práticas educativas negativas influenciaram seu bem-estar. As habilidades sociais, a autoeficácia e a resiliência foram identificadas como mediadoras do bem-estar psicológico dos jovens.

6.1 A INFLUÊNCIA DA INTELIGÊNCIA FLUIDA E DAS HABILIDADES SOCIAIS NA COMPREENSÃO TEXTUAL DE ESTUDANTES DO ENSINO FUNDAMENTAL

Adriana Penha da Costa Lima Peçanha (Universidade Salgado de Oliveira – UNIVERSO) e Adriana Benevides Soares (Universidade Salgado de Oliveira - UNIVERSO e Universidade do Estado do Rio de Janeiro - UERJ).

Vivemos em um mundo em que as informações são propagadas de forma muito veloz e essa propagação se dá através da leitura que temos de mundo, texto de imagens etc, ou seja, vivemos em uma sociedade que visa à informação. A leitura é muito importante, pois ela favorece o ser humano em muitos aspectos. Ela não se expressa apenas em palavras, mas se torna presente por meio delas, criando alicerces que geram maior compreensão, ou seja, o conhecimento de mundo que o aluno traz é fundamental para que se estabeleça um diálogo com o texto e esse processo de inferência é desencadeador de uma boa compreensão. É necessário interpretar os conteúdos do texto atribuindo sentido, para que desta forma a leitura, enquanto exercício da inteligência, cumpra o seu papel. O processo de leitura e compreensão depende do desenvolvimento das capacidades cognitivas tais como: selecionar, processar e (re)organizar as informações além do nível de conhecimento prévio em relação ao tema exposto no texto. A inteligência fluida está associada a essas capacidades cognitivas, pois a sua função é de ativação das estruturas mentais possibilitando que o sujeito capte as informações do mundo externo, transformando-as em novas informações, estabelecendo relações com o conhecimento prévio em busca de soluções para os problemas imediatos, ou seja, usa-se o raciocínio abstrato. Portanto, inteligência fluida e cristalizada podem complementar-se e influenciar diretamente no processo de leitura e compreensão textual. O leitor ao atribuir sentidos aos diferentes tipos de texto utilizando da inferência como processo cognitivo adapta o seu comportamento e pensamentos de acordo com os contextos dos textos lidos. Portanto, nesse processo de atribuição de sentido, observa-se que este mostra-se competente socialmente, visto que as habilidades sociais podem levar a mudança de comportamento do sujeito objetivando adaptação a diferentes contextos. Com o objetivo de analisar a influência das habilidades sociais e da inteligência na compreensão textual de estudantes do 2º segmento do ensino fundamental foi realizada uma pesquisa com 150 alunos de idades variando entre 11 e 14 anos de escolas municipais e particulares dos municípios de Maricá, São Gonçalo e do Rio de Janeiro. O grupo foi dividido em três subgrupos segundo o desempenho no TDE (Teste de Desempenho Escolar) em: baixo com escore até 62 pontos, médio com escore de 63 até 68 pontos, e alto com escore igual ou superior a 69 pontos. Os instrumentos utilizados foram o TDE subtteste de leitura, o questionário de compreensão textual, o Cloze, Inventário de Habilidades Sociais para Adolescentes, testes Matrizes Progressivas. Os resultados mostraram que os estudantes com alto desempenho de leitura apresentam escores mais altos de compreensão textual que os de baixo e médio desempenho. Os estudantes com menos escores de inteligência fluida apresentam menor desempenho na leitura. Quanto mais escores de habilidades sociais melhor o desempenho na leitura. Portanto,

o estudo concluiu que habilidades sociais e inteligência fluida são variáveis que influenciam na compreensão de textual de adolescentes do 2º segmento do ensino fundamental.

Palavras-chaves: inteligência, compreensão de textos, habilidades sociais

6.2 A RELAÇÃO ENTRE APEGO, HABILIDADES SOCIAIS E ADOLESCENTES COM HISTÓRICO DE INFRAÇÃO LEGAL

Betânia Marques da Silva Dutra (Universidade Salgado de Oliveira - UNIVERSO) e Adriana Benevides Soares (Universidade Salgado de Oliveira - UNIVERSO e Universidade do Estado do Rio de Janeiro - UERJ).

A adolescência é um marco de transição entre a infância e a vida adulta envolvendo o desenvolvimento de novas habilidades, uma época marcada por muitos conflitos existenciais e ao mesmo tempo um período difícil de demarcar e de definir tendo em vista as diferentes modificações que ocorrem para cada indivíduo que se dá em momentos distintos de maturação. Ato infracional é a conduta descrita como crime ou contravenção penal realizada pela criança ou adolescente. Apego é um elo emocional significativo e duradouro da criança com quem dela cuida e atende à sua necessidade de proximidade. A criança nessa condição vive uma experiência de segurança, sente-se confiante para explorar o ambiente e retorna à pessoa com a qual se vinculou caso anseie por isso. O apego seguro prepara o terreno para um desenvolvimento psicológico saudável, ao passo que o apego inseguro pode levar a consequências desenvolvimentais não tão positivas no futuro. A privação dos cuidados maternos nos primeiros anos de vida, mais experiências de rejeição com pessoas significativas vividas posteriormente, pode ter relação com de inibição emocional e incapacidade de manter vínculos afetivos estáveis, além da possibilidade de se correlacionar a atos infracionais na juventude. Habilidade social diz respeito à capacidade específica necessária para comportar-se com competência em uma determinada situação de interação social. A falta de habilidade pode afetar a adaptação social originando consequências que vão desde a dificuldade de fazer amigos até o desenvolvimento de comportamentos ilegais. O objetivo do presente estudo foi comparar e investigar a relação entre apego e habilidades sociais de adolescentes com histórico de infração legal. Participaram do estudo 69 adolescentes, sendo que 34 com histórico de infração legal e 35 sem histórico de infração legal, com idade média de 16 anos. Foi aplicado o Questionário de Dados Sociodemográficos, o Inventário de Habilidades Sociais para Adolescentes (IHSA) e a Escala de Apego (EAA). Os resultados encontrados foram que adolescentes com histórico de infração legal apresentaram maiores escores na habilidade de Autocontrole no indicador de dificuldade, além de menor grau de Confiança e maior grau de Proximidade na variável apego em relação a adolescentes sem histórico de infração legal. Adolescentes com histórico de infração legal demonstraram correlações positivas significativas entre Confiança e Autocontrole no indicador de frequência e entre Ansiedade e Civilidade no indicador de dificuldade. Foi encontrada correlação negativa e significativa entre confiança e autocontrole no indicador de dificuldade. Adolescentes sem histórico de infração legal apresentaram escores superiores no fator confiança em relação aos adolescentes com histórico de infração legal. Não foram encontradas correlações significativas entre os fatores de EAA e IHSA de adolescentes sem histórico de infração legal. Esta pesquisa contribui para a compreensão de que o apego seguro e habilidades sociais podem ser fatores de proteção à infração legal. Além disso, permitiu observar que a construção de novos laços afetivos com qualidade e confiança podem ajudar no processo socioeducativo sendo importantes as instituições, escolas e clínicas que se dedicam à inclusão social de indivíduos que precisam de orientação para esse passo fundamental.

Palavras-chaves: apego, infração legal, habilidades sociais

6.3 PRÁTICAS PARENTAIS, HABILIDADES SOCIAIS, AUTOEFICÁCIA, RESILIÊNCIA E BEM-ESTAR PSICOLÓGICO NA ADOLESCÊNCIA

Vanessa B. R. Leme (Universidade Federal de São Carlos - UFSCar), Susana Coimbra (Universidade do Porto), Jorge Gato (Universidade do Porto), Zilda A. P. Del Prette (Universidade Federal de São Carlos - UFSCar) e Anne Marie Fontaine (Universidade do Porto).

A literatura sobre separação e recasamento indica que tais eventos podem ser considerados como mecanismos de risco para toda a família. Entretanto, alguns estudos indicam que os efeitos das transições familiares sobre dimensões do desenvolvimento dos filhos, são indiretos e mediados por mecanismos de proteção, tais como práticas parentais positivas, habilidades sociais, autoeficácia e resiliência. A partir do Modelo Bioecológico do Desenvolvimento Humano e da Psicopatologia do Desenvolvimento, os objetivos do estudo foram: a) realizar a validação de construto (fatorial, convergente e discriminante) das versões portuguesas da Escala de Auto-Eficácia Generalizada (EAG) e da Escala de Resiliência (ER); b) investigar o ajuste de um modelo de resiliência e vulnerabilidade, identificando os efeitos diretos e indiretos dos mecanismos de risco (configuração familiar e práticas educativas negativas) e dos mecanismos de proteção (práticas educativas positivas, habilidades sociais, autoeficácia e resiliência) sobre o bem-estar psicológico em adolescentes. Participaram da pesquisa 477 adolescentes de famílias nucleares, monoparentais e recasadas. Os alunos (53,7% do sexo feminino, idade entre 13 e 17 anos) frequentavam o primeiro ano e o segundo ano do Ensino Médio de escolas estaduais públicas de uma cidade do Estado de Minas Gerais. Os dados foram coletados com os adolescentes de forma coletiva, nas salas de aula das escolas. Os participantes responderam aos seguintes instrumentos: a) Questionário sobre caracterização familiar e nível socioeconômico; b) Inventário de Estilos Parentais (IEP); c) Inventário de Habilidades Sociais para Adolescentes (IHSA-Del-Prette); d) Escala de Autoeficácia Generalizada (EAG); e) Escala de Resiliência (ER); f) Escala de Bem-estar Psicológico (EBEP). A validade de construto da EAG e da ER foi demonstrada em seus três componentes na amostra de adolescentes e foi confirmada a confiabilidade das escalas a partir índices satisfatórios de consistência interna. Os indicadores de ajustamento global, obtidos por meio das Análises de Trajetórias, para o modelo de resiliência e vulnerabilidade foram aceitáveis. Os resultados indicaram que a configuração familiar não afetou o bem-estar dos adolescentes de diferentes configurações familiares. Já as práticas educativas negativas afetaram indiretamente o bem-estar psicológico dos adolescentes. Os resultados sugeriram a importância do papel mediador das habilidades sociais, da autoeficácia e da resiliência sobre o bem-estar psicológico dos adolescentes. As habilidades sociais foram um preditor robusto e correlacionaram positivamente com autoeficácia e com a resiliência dos adolescentes. As variáveis do modelo contribuíram para explicar 50% da variância do bem-estar psicológico dos adolescentes. O estudo sinalizou que separação parental não tem impacto negativo sobre o bem-estar psicológico dos filhos, e evidenciou o poder preditivo dos mecanismos de proteção investigados que podem ser utilizados em programas de Treinamento em Habilidades Sociais. O estudo também contribuiu para diminuir a falta de instrumentos brasileiros com boas características psicométricas que avalie a autoeficácia e a resiliência com adolescentes e que possam ser utilizados em contextos clínicos e de pesquisa.

Palavras-chaves: práticas parentais, adolescência, habilidades sociais

7. ESTIMULAÇÃO MAGNÉTICA TRANSCRANIANA: UMA NOVA FERRAMENTA PARA OS TRANSTORNOS PSIQUIÁTRICOS

Coordenador: Sergio Machado (Doutor em Psiquiatria e Saúde Mental pelo Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro (IPUB/UFRJ); Pós-doutorando e pesquisador do Laboratório de Pânico e Respiração do IPUB/UFRJ).

A mesa sobre “Estimulação magnética transcraniana: Uma nova ferramenta para os transtornos psiquiátricos” visa discutir aspectos técnicos e os últimos avanços experimentais sobre o tratamento de transtornos psiquiátricos com a estimulação magnética transcraniana repetitiva (EMTr). A EMTr é um método não-invasivo, seguro e indolor, baseada na lei de Faraday de indução eletromagnética, onde uma corrente elétrica é induzida no tecido cortical através de um campo magnético gerado por uma bobina colocada sobre o escalpo, despolarizando ou hiperpolarizando os neurônios. Ela muda a perspectiva de tratamento por alterar a neuroquímica na sinapse, alterando ou modulando a função dos circuitos neurais no cérebro que se acredita estarem desorganizada em certos transtornos. Para isso, Felipe Novaes (Universidade Federal do Rio de Janeiro) fará um panorama sobre o histórico da estimulação cerebral. Em seguida, Geórgia Diogo Marques (Universidade do Estado do Rio de Janeiro e Universidade Federal do Rio de Janeiro) discutirá a importância da estimulação magnética transcraniana no tratamento do transtorno bipolar. Em seguida, Flávia Paes (Universidade Federal do Rio de Janeiro) apresentará, a partir de um dois casos inéditos, os efeitos da EMT no tratamento da fobia social. Finalmente, Sergio Machado (Universidade Federal do Rio de Janeiro) focalizará nos aspectos existentes e mais conhecidos do tratamento da EMT na depressão. Espera-se que essa mesa possa contribuir para a prática clínica das terapias cognitivo-comportamentais.

7.1 TRAÇADO HISTÓRICO DO DESENVOLVIMENTO DAS TÉCNICAS DE ESTIMULAÇÃO MAGNÉTICA TRANSCRANIANA ATÉ OS DIAS ATUAIS

Felipe C. Novaes (Laboratório de Pânico e Respiração da Universidade Federal do Rio de Janeiro (IPUB/UFRJ), Instituto de Psicologia (IP/UFRJ), Ricardo José M.P. Júnior (Laboratório de Pânico e Respiração da Universidade Federal do Rio de Janeiro (IPUB/UFRJ), Faculdade de Psicologia, Instituto Brasileiro de Medicina e Reabilitação (IBMR); Flávia Paes (Laboratório de Pânico e Respiração da Universidade Federal do Rio de Janeiro (IPUB/UFRJ), Instituto de Medicina Translacional (INCT-TM); Sergio Machado (coordenador) (Laboratório de Pânico e Respiração da Universidade Federal do Rio de Janeiro (IPUB/UFRJ), Instituto de Medicina Translacional (INCT-TM); Geórgia. D.F. Marques (Laboratório de Pânico e Respiração da Universidade Federal do Rio de Janeiro (IPUB/UFRJ); Adriana Cardoso de Oliveira e Silva (Laboratório de Pânico e Respiração da Universidade Federal do Rio de Janeiro (IPUB/UFRJ), Instituto de Medicina Translacional (INCT-TM); Antonio Egidio Nardi (Laboratório de Pânico e Respiração da Universidade Federal do Rio de Janeiro (IPUB/UFRJ), Instituto de Medicina Translacional (INCT-TM).

A estimulação cerebral possui muitas informações e dados de tempos remotos. Por exemplo, Scribonius Largus (43-48 d.C.) descreveu a aplicação da descarga elétrica do "peixe-torpedo" para aliviar dores de cabeça. Na época havia uma associação de termos relativos a entorpecimento e efeitos paralisantes de narcóticos com os nomes de tais membros da família dos peixes-torpedo (observado também por Airstóteles, Galeno de Pérgamo, Plutarco e Laodice). O impulso para uma investigação real dos usos terapêuticos desse tipo de

estimulação elétrica foi a descoberta dos princípios básicos do eletromagnetismo. No final do século XVIII, Luigi Galvani publicou diversos trabalhos a respeito de experimentos sobre eletricidade, o mais famoso, metais carregados com cargas elétricas estáticas nas coxas de um sapo (com a hipótese de existir uma "eletricidade animal" inerente aos seres vivos). Alessandro Volta criticou a hipótese de Galvani e através de seus experimentos conseguiu demonstrar que não existia tal constructo, mas, sim, que o organismo era uma estrutura condutora de corrente elétrica. Giovanni Aldini, no início do século XIX, conduziu experimentos com estimulação elétrica cerebral em cadáveres. No final do século XIX, Roberts Bartholow foi o primeiro a realizar a estimulação elétrica no córtex cerebral de uma pessoa desperta. Ézio Sciamanna, na mesma época, conduziu em Roma uma série de experimentos com estimulação elétrica nas quais pode constatar a diferença da aplicação das diferentes polaridades na estimulação. Paralelamente, Alberto Alberti realizou diversos e importantes experimentos com pilhas voltaicas com eletrodos pontiagudos finos. Assim, Bartholow, Sciamanna e Alberti desempenharam papel fundamental nesse contexto, pois foram os primeiros médicos a conduzir experimentos e investigar a neurofisiologia humana através dos avanços científicos da Física do século XIX. Pode-se pontuar uma revolução na estimulação cerebral em meados do século XX através dos avanços nas técnicas de eletroconvulsoterapia (ECT), neuromodulação, estimulação cerebral transcraniana por corrente contínua e alternada. A eletroconvulsoterapia (ECT) teve grande destaque inicialmente na Itália, ao final do século XIX, principalmente por Ugo Cerletti (que defendia o uso da ECT, juntamente com Lucio Bini). Wilder Penfield e Harry Steelman, na metade do século XX, dentro do espectro da estimulação elétrica, desenvolveram "o procedimento de Montreal". Andrew Huxley e Alan Hodgkin, na mesma época, desenvolveram, através de pesquisas com animais, inúmeras técnicas de eletrofisiologia, como *voltage clamp* e *current clamp*. Sendo assim, o intuito do presente trabalho é apresentar de maneira dinâmica e informativa como, gradualmente, houve abertura e se deu o surgimento da estimulação magnética transcraniana.

Palavras-chave: eletroconvulsoterapia, estimulação magnética transcraniana, estimulação elétrica cerebral.

7.2 ESTIMULAÇÃO MAGNÉTICA TRANSCRANIANA REPETITIVA (EMTr) PARA O TRATAMENTO DO TRANSTORNO BIPOLAR DE HUMOR

Georgia. D.F. Marques Laboratório de Pânico e Respiração da Universidade Federal do Rio de Janeiro (IPUB/UFRJ); Flávia Paes (Laboratório de Pânico e Respiração da Universidade Federal do Rio de Janeiro (IPUB/UFRJ), Instituto de Medicina Translacional (INCT-TM); Sergio Machado (coordenador) (Laboratório de Pânico e Respiração da Universidade Federal do Rio de Janeiro (IPUB/UFRJ), Instituto de Medicina Translacional (INCT-TM); Ricardo José M.P. Júnior (Laboratório de Pânico e Respiração da Universidade Federal do Rio de Janeiro (IPUB/UFRJ), Faculdade de Psicologia, Instituto Brasileiro de Medicina e Reabilitação (IBMR); Felipe C. Novaes (Laboratório de Pânico e Respiração da Universidade Federal do Rio de Janeiro (IPUB/UFRJ), Instituto de Psicologia (IP/UFRJ), Adriana Cardoso de Oliveira e Silva (Laboratório de Pânico e Respiração da Universidade Federal do Rio de Janeiro (IPUB/UFRJ), Instituto de Medicina Translacional (INCT-TM); Antonio Egidio Nardi (Laboratório de Pânico e Respiração da Universidade Federal do Rio de Janeiro (IPUB/UFRJ), Instituto de Medicina Translacional (INCT-TM).

O transtorno de humor bipolar (THB) é descrito desde meados do século XIX. Consiste em uma doença mental crônica caracterizada por variações extremas de humor que tem como

marcas registradas períodos de mania ou hipomania e períodos de depressão. É responsável por grandes danos na vida do indivíduo. Pode ser classificado em transtorno de humor bipolar - tipo I (THB – TI) quando apresenta episódios maníacos e transtorno de humor bipolar - tipo II (THB – TII) quando apresenta episódios hipomaníacos. A complexidade e a variedade dos sintomas atrasam e confundem seu diagnóstico, resultando no atraso do tratamento específico e adequado. A fisiopatologia subjacente ao THB ainda é bastante incompleta. Nos últimos anos, avanços nas técnicas de neuroimagem, genéticas e de biologia molecular têm gerado novos conhecimentos acerca das bases neurobiológicas do THB. Através de exames de neuroimagem começam a determinar as redes neurais envolvidas, evidenciando alterações neuroanatômicas do THB envolvendo a amígdala, córtex pré-frontal (CPF) e córtex cingulado anterior (CCA). O THB pode afetar de 1% a 3% da população mundial. Usualmente acomete indivíduos jovens, mas pode surgir também em idade avançada. Muito embora existam tratamentos medicamentosos e psicoterapêuticos, muitos pacientes com THB não respondem satisfatoriamente a este modelo tradicional de tratamento. No entanto, com os avanços nos últimos anos em relação aos mecanismos neurobiológicos envolvidos nos transtornos neuropsiquiátricos em geral, novos tratamentos têm sido propostos, tal como a estimulação magnética transcraniana (EMT). A EMT é uma técnica de abordagem e tratamento de distúrbios neuropsiquiátricos que permite a exploração das funções cerebrais, de maneira segura, específica, não invasiva e indolor, baseada na lei de Faraday, onde uma corrente elétrica é induzida no tecido cortical através de um campo magnético gerado por uma bobina colocada sobre o escalpo, despolarizando ou hiperpolarizando os neurônios. Na forma repetitiva, a EMTr pode modular a excitabilidade cortical, no entanto, isso dependerá da localização, intensidade e frequência de pulsos magnéticos utilizados. Dessa forma, a aplicação de EMTr pode ser considerada uma forma de neuromodulação devido o seu foco direcionado nos circuitos neurais. Esta abordagem atua na modificação da neuroquímica na sinapse, alterando ou modulando a função dos circuitos neurais no cérebro que se acredita estarem desorganizados. Desde sua introdução, EMTr apresentou um potencial terapêutico com bons resultados em algumas doenças neuropsiquiátricas, como depressão e esquizofrenia, assim como resultados positivos em transtornos de ansiedade. Sendo assim, o presente trabalho tem com o objetivo discutir a aplicação da EMTr como uma perspectiva de tratamento para o THB na melhora da sintomatologia.

Palavras-chave: estimulação magnética transcraniana repetitiva, transtorno de humor bipolar, mania e hipomania.

7.3 ESTIMULAÇÃO MAGNÉTICA TRANSCRANIANA REPETITIVA (EMTr) UMA NOVA FERRAMENTA DE TRATAMENTO PARA O TRANSTORNO DE ANSIEDADE SOCIAL: UM ESTUDO DE DOIS CASOS CLÍNICOS

Flávia Paes (Laboratório de Pânico e Respiração da Universidade Federal do Rio de Janeiro (IPUB/UFRJ), Instituto de Medicina Translacional (INCT-TM); Sergio Machado (coordenador) (Laboratório de Pânico e Respiração da Universidade Federal do Rio de Janeiro (IPUB/UFRJ), Instituto de Medicina Translacional (INCT-TM); Georgia. D.F. Marques (Laboratório de Pânico e Respiração da Universidade Federal do Rio de Janeiro (IPUB/UFRJ); Ricardo José M.P. Júnior (Laboratório de Pânico e Respiração da Universidade Federal do Rio de Janeiro (IPUB/UFRJ), Faculdade de Psicologia, Instituto Brasileiro de Medicina e Reabilitação (IBMR); Felipe C. Novaes (Laboratório de Pânico e Respiração da Universidade Federal do Rio de Janeiro (IPUB/UFRJ), Instituto de Psicologia (IP/UFRJ), Adriana Cardoso de Oliveira e Silva (Laboratório de Pânico e Respiração da Universidade Federal do Rio de Janeiro (IPUB/UFRJ), Instituto de Medicina Translacional (INCT-TM); Antonio Egidio Nardi

(Laboratório de Pânico e Respiração da Universidade Federal do Rio de Janeiro (IPUB/UFRJ), Instituto de Medicina Translacional (INCT-TM).

O Transtorno de ansiedade social (TAS) é um dos transtornos de ansiedade mais comuns e debilitantes. Estudos epidemiológicos apontam que o TAS é um dos transtornos psiquiátricos mais comuns com de prevalência de 12.1% ao longo da vida. Apesar da alta prevalência na população e do significativo comprometimento, pouca atenção foi dedicada ao estudo dos mecanismos neurobiológicos subjacentes. Com relação aos circuitos envolvidos, ainda não há um consenso sobre as áreas envolvidas. Nesse sentido, estudos clínicos, de neuroimagem e pesquisas envolvendo modelos animais, procuram compreender melhor esses circuitos neurais. Apenas recentemente houve um aumento no número de estudos a fim de melhor entender os aspectos fisiopatológicos da doença, pois aproximadamente 25% da população, que sofre com transtorno de ansiedade, são refratários aos tratamentos oferecidos, incluindo o TAS. Com os avanços dos estudos sobre os mecanismos neurobiológicos envolvidos no TAS, há uma possibilidade de conduzir novas opções terapêuticas. A estimulação magnética transcraniana repetitiva (EMTr) é uma nova ferramenta para o tratamento de transtornos mentais, incluindo o TAS. A EMTr é não invasiva, indolor, produz um campo eletromagnético objetivando modular os circuitos cerebrais que estão alterados nos transtornos psiquiátricos. Relatamos dois casos: o primeiro - NS, do gênero masculino com 24 anos, estudante universitário que apresenta um diagnóstico de TAS e que recebeu o tratamento com a EMTr a 1 Hz, 120% do limiar motor (LM) por 25 minutos (1500 pulsos) sobre o córtex pré-frontal ventro medial (CPFvm) direito. Foram utilizadas as seguintes escalas: Inventário para depressão de Beck (BDI), Inventário para ansiedade de Beck (BAI), Escala de ansiedade social de Liebowitz (LSAS), Auto avaliação ao falar em público (SSPS) e Inventário de fobia social (SPIN), no baseline, após 4 semanas. No baseline foram encontrados os seguintes valores: BAI = 15, BDI = 20, LSAS = 96, SSPS = 32 e SPIN = 41 e ao final da quarta semana: BAI = 8, BDI = 10, LSAS = 64, SSPS = 21 e SPIN = 24. O segundo é CA, do gênero feminino com 34 anos e ensino médio completo. CA também tem TAS e foi aplicado o mesmo protocolo. Ela obteve os seguintes escores: No baseline foram encontrados os seguintes valores: BAI = 32, BDI = 27, LSAS = 111, SSPS = 35 e SPIN = 64 e ao final da quarta semana: BAI = 5, BDI = 9, LSAS = 69, SSPS = 19 e SPIN = 35.

Palavras-chave: estimulação magnética transcraniana repetitiva, fobia social, transtorno de ansiedade.

7.4 ESTIMULAÇÃO MAGNÉTICA TRANSCRANIANA REPETITVA (EMTR) NO TRATAMENTO DA DEPRESSÃO

Sergio Machado (coordenador) (Laboratório de Pânico e Respiração da Universidade Federal do Rio de Janeiro (IPUB/UFRJ), Instituto de Medicina Translacional (INCT-TM); Flávia Paes (Laboratório de Pânico e Respiração da Universidade Federal do Rio de Janeiro (IPUB/UFRJ), Instituto de Medicina Translacional (INCT-TM); Georgia. D.F. Marques (Laboratório de Pânico e Respiração da Universidade Federal do Rio de Janeiro (IPUB/UFRJ); Ricardo José M.P. Júnior (Laboratório de Pânico e Respiração da Universidade Federal do Rio de Janeiro (IPUB/UFRJ), Faculdade de Psicologia, Instituto Brasileiro de Medicina e Reabilitação (IBMR); Felipe C. Novaes (Laboratório de Pânico e Respiração da Universidade Federal do Rio de Janeiro (IPUB/UFRJ), Instituto de Psicologia (IP/UFRJ), Adriana Cardoso de Oliveira e Silva (Laboratório de Pânico e Respiração da Universidade Federal do Rio de Janeiro (IPUB/UFRJ), Instituto de Medicina Translacional (INCT-TM); Antonio Egidio Nardi (Laboratório de Pânico e Respiração da Universidade Federal do Rio de Janeiro (IPUB/UFRJ), Instituto de Medicina Translacional (INCT-TM).

A estimulação magnética transcraniana repetitiva (EMTr) é um método não-invasivo, seguro e indolor, baseada na lei de Faraday de indução eletromagnética, onde uma corrente elétrica é induzida no tecido cortical através de um campo magnético gerado por uma bobina colocada sobre o escalpo, despolarizando ou hiperpolarizando os neurônios. A EMTr consiste na estimulação do córtex cerebral por uma sucessão de pulsos magnéticos com frequências que variam de 1 a 50 Hz, ou seja, 1 a 50 pulsos por segundo. Existem dois tipos de EMTr: baixa frequência (< 1 Hz) que inibe, em geral, a atividade cortical e, alta frequência (> 1 Hz) que, ao contrário, aumenta a excitabilidade cortical. Pulsos magnéticos são capazes de despolarizar neurônios (desencadear potenciais de ação), porém pulsos com frequências baixas não causam despolarização, mas, estimulam preferencialmente neurônios GABAérgicos, levando a efeitos inibitórios a longo prazo. A EMTr vem se tornando uma ótima opção terapêutica para transtornos psiquiátricos onde os pacientes já não respondem aos tratamentos tradicionais. Por exemplo, estima-se que 20-40% dos pacientes com depressão não obtêm melhora suficiente após intervenções tradicionais como medicamentos antidepressivos, psicoterapia, eletroconvulsoterapia (ECT), ou mesmo não são capazes de suportar seus possíveis efeitos colaterais. Contudo, como resultado do maior conhecimento sobre os circuitos cerebrais envolvidos nos transtornos psiquiátricos, a EMTr torna-se uma opção terapêutica promissora, como por exemplo, para a depressão. Estudos de neuroimagem sugerem uma associação da depressão com hipoexcitabilidade no córtex pré-frontal dorsolateral (CPF DL) esquerdo e hiperexcitabilidade no CPF DL direito. Sendo assim, a EMTr de alta frequência é usada para aumentar a atividade neuronal do CPF DL esquerdo e a EMTr de baixa frequência para diminuir a atividade do CPF DL direito. Portanto, o tratamento com a EMTr pode ser considerado um tratamento de neuromodulação devido a seu foco nos circuitos neurais dos transtornos. A EMTr muda a perspectiva de tratamento por alterar a neuroquímica na sinapse, alterando ou modulando a função dos circuitos neurais no cérebro que se acredita estar desorganizada em certos transtornos. Ensaios clínicos vêm demonstrando que o tratamento da depressão com EMTr está associado com a normalização da hipoexcitabilidade do CPF DL esquerdo e da hiperexcitabilidade do CPF DL direito. Entretanto, ainda não há consenso se as respostas antidepressivas creditadas ao tratamento com EMTr estão correlacionadas às alterações na excitabilidade do CPF DL. Dessa forma, o presente estudo tem como objetivo discutir a eficácia da EMTr no tratamento da depressão.

Palavras-chave: estimulação magnética transcraniana repetitiva, depressão, córtex pré-frontal dorsolateral.

8. O TRAUMA NA CLÍNICA: RELATOS DE CASOS

Coordenadora: Helga Rodrigues (Instituto de Psicologia e Instituto de Psiquiatria, Universidade Federal do Rio de Janeiro, IP / IPUB - UFRJ, Rio de Janeiro, RJ).

O Transtorno de Estresse Pós-traumático (TEPT) tem alta prevalência e representa um importante transtorno da atualidade, visto o crescente aumento da violência e acidentes, principalmente nos grandes centros urbanos. Comumente, os pacientes evitam relatar o acontecimento traumático e muitos profissionais não incluem, em suas avaliações diagnósticas, investigação referente a situações de exposição a eventos traumáticos, o que faz com que muitas vezes estes passem despercebidos por profissionais da área da saúde, tratando-se e diagnosticando-se apenas os efeitos secundários, transtornos de humor ou outros transtornos de ansiedade. Por isso, o aumento do conhecimento na área do TEPT é muito

importante, tanto para profissionais quanto para pacientes. Nesse sentido, apresentaremos um protocolo de Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) específico para o tratamento do TEPT e três casos de pacientes que foram tratados no Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro (IPUB/UFRJ). O protocolo foi criado pela Dra. Edna Foa e adaptado para a população brasileira. Consiste em dezesseis sessões de terapia principal, de 90 minutos cada, e quarenta e cinco sessões de co-terapia, ao longo de quatro meses. As sessões ocorrem três vezes por semana. As técnicas utilizadas incluem: psicoeducação, reestruturação cognitiva, técnicas de manejo do estresse (relaxamento muscular progressivo, respiração diafragmática e polarizada), exposição imaginária e ao vivo. Serão apresentados três casos de TEPT, incluindo traumas variados. G., de 46 anos, cujo trauma envolveu um assalto, apresentou evitação encoberta durante a exposição imaginária, impedindo a redução de ansiedade através dessa técnica até que tal dificuldade foi identificada e contornada e a paciente passou a apresentar melhora expressiva. R., de 53 anos, passou por um acidente automobilístico na carona do carro conduzido pelo marido e apresentava co-morbidades clínicas, como depressão e fibromialgia, que dificultavam o tratamento. O outro caso inclui um paciente que desenvolveu trauma após presenciar a morte por infarto de uma pessoa no ambiente de trabalho. Esse paciente apresenta baixo nível intelectual, com testes neuropsicológicos mostrando QI total, QI verbal e QI de execução médio-inferiores. Tais limitações impediram o tratamento convencional, demandando adaptações específicas para o paciente. Os três casos, que incluíram traumas variados e problemas distintos durante a administração do protocolo, apresentaram boa resposta a TCC, tendo redução dos sintomas de TEPT, avaliados por medidas psicométricas selecionadas.

Palavras-chaves: Transtorno de Estresse Pós-Traumático; Terapia Cognitivo-Comportamental; Trauma

Agências de fomento: FAPERJ e CNPq

8.1 PROTOCOLO DE TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL PARA O TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO

Ana Carolina Tomas; Helga Rodrigues; Raquel Gonçalves; Ana Lucia Pedrozo; Paula Ventura (Instituto de Psicologia e Instituto de Psiquiatria, Universidade Federal do Rio de Janeiro, IP / IPUB - UFRJ, Rio de Janeiro, RJ).

O Transtorno de Estresse Pós-traumático (TEPT) é um transtorno de ansiedade que acomete indivíduos que vivenciam, testemunham ou tomam conhecimento de eventos traumáticos extremos envolvendo morte, sério ferimento ou outra ameaça à integridade física sua ou de outros. Este transtorno é altamente incapacitante e causador de intenso sofrimento aos seus portadores, sendo caracterizado por sintomas de revivência da experiência traumática, evitação/entorpecimento emocional e hiperestimulação autonômica. O TEPT representa um importante e prevalente transtorno da atualidade, em virtude do aumento da violência urbana, e quando não tratado adequadamente leva a prejuízos significativos no funcionamento ocupacional e social, diminuição na qualidade de vida, risco de recaídas e de desenvolvimento de outros transtornos co-mórbidos. Muitos profissionais não estão especializados para o tratamento do TEPT ou não incluem em suas avaliações clínicas investigações sobre a vivência de eventos traumáticos, o que faz com que o diagnóstico desse transtorno, muitas vezes, passe despercebido. A Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) e os Inibidores Seletivos de Recaptação da Serotonina (ISRS) representam os tratamentos de primeira linha para o TEPT. Apesar disso, muitos pacientes não remitem completamente do transtorno,

apresentando sintomas residuais. Nesse contexto, desenvolvemos um protocolo de TCC para o TEPT, baseado no protocolo da Dra. Edna Foa, que já havia mostrado importantes resultados em amostras americanas. Nosso protocolo consiste em 16 sessões de terapia principal, com 90 minutos cada, e 48 sessões de co-terapia, com um total de 4 meses. A adição das sessões de co-terapia e orientação aos familiares representam os diferenciais da versão brasileira do protocolo. As 16 sessões de terapia são realizadas semanalmente com um(a) psicólogo(a) com formação em TCC e as sessões de co-terapia são realizadas com alunos de graduação em psicologia três vezes por semana, sendo uma vez obrigatoriamente no dia da sessão de terapia principal. As técnicas utilizadas no protocolo incluem psicoeducação, exposição imaginária, exposição ao vivo, treinamento em relaxamento muscular progressivo, respiração diafragmática e polarizada e reestruturação cognitiva. O protocolo é administrado no Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro (IPUB-UFRJ), no Laboratório Integrado de Pesquisas sobre Estresse (LINPES). Nosso protocolo tem mostrado importantes benefícios, avaliados através de medidas psicométricas. Uma importante limitação que encontramos diz respeito ao reduzido número de pacientes que buscam tratamento, possivelmente em função dos sintomas evitativos e sub-diagnóstico por parte dos profissionais da área de saúde. Apesar disso, segue em andamento um ensaio randomizado controlado para testar a eficácia do nosso protocolo na amostra brasileira, vítima de violência urbana.

Palavras-chave: Transtorno de Estresse Pós-Traumático, Terapia Cognitivo-Comportamental, Protocolo.

8.2 UM CASO DE TEPT APÓS ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO

Helga Rodrigues; Herika Cristina da Silva; Paula Ventura (Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro - IPUB/UFRJ, Rio de Janeiro, RJ).

O Transtorno de Estresse Pós-traumático (TEPT) é um transtorno de ansiedade bastante importante e prevalente na atualidade. Quando não tratado, acarreta impacto no funcionamento, custos e qualidade de vida do sujeito. Com frequência, pacientes com TEPT não são diagnosticados e são tratados apenas os sintomas secundários. Dessa maneira, o paciente com TEPT apresenta sintomas significativos, como revivescência do trauma, através de pesadelos e *flashbacks*, evitações de estímulos que relembrem o trauma e hiperestimulação autonômica. Os acidentes automobilísticos, muito prevalentes, representam um fator de risco para o desenvolvimento de TEPT. A Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) e os Inibidores Seletivos de Recaptação da Serotonina são os tratamentos de primeira linha para o TEPT. Nesse trabalho, apresentaremos o caso da paciente R., tratada no IPUB/UFRJ, com os diagnósticos de TEPT e Depressão Maior. O protocolo utilizado focou no TEPT, foi administrado durante quatro meses e utilizou técnicas de manejo do estresse, reestruturação cognitiva, exposição imaginária e ao vivo e psicoeducação. Para avaliação das melhoras obtidas, foram utilizadas medidas psicométricas, com escalas selecionadas. As escalas foram administradas antes da terapia, mensalmente e um mês após o término do tratamento. R. é uma mulher, de 53 anos, moradora da cidade do Rio de Janeiro. O trauma ocorreu em 2007, quando a paciente estava no carona do carro com seu marido em um dia chuvoso e sofreu um acidente - “engavetamento”. O carro ficou muito amassado, principalmente a parte traseira. R. e seu marido não tiveram ferimentos graves, mas ela não conseguiu mais andar, precisando da ajuda do filho. No outro dia, R. andava normalmente. A partir desse episódio, R. passou a ficar muito ansiosa para andar de carro. Ficava muito sobressaltada com seu marido dirigindo e ele, bastante impaciente. Evitava sair de carro, principalmente em dias chuvosos,

engarrafamento e passar pelo local do acidente. Passou a ter pesadelos e lembranças aflitivas do acidente. Desenvolveu sintomas de depressão e passou a sentir-se sem valor e desanimada com a vida. Ao longo do tratamento, R. se expôs gradativamente, ao vivo e por imaginação, com a ajuda da co-terapeuta, às situações ansiogênicas, apresentando boa resposta. As técnicas de manejo do estresse a ajudaram a perceber e relaxar tensões musculares frequentes, principalmente nas situações que lembravam o trauma. A reestruturação cognitiva a ajudou a perceber-se com mais valor, diminuir os sentimentos de culpa e excesso de responsabilidade. R., não tem mais pesadelos, sai de carro em dias chuvosos, engarrafamento, senta em qualquer lugar da van ou ônibus com tranquilidade.

Palavras-chave: Transtorno de Estresse Pós-traumático, Terapia Cognitivo-comportamental, Acidente Automobilístico

Apoio: FAPERJ e CNPq

8.3 ESTUDO DE CASO DE TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO: DIFICULDADES NA TÉCNICA DE EXPOSIÇÃO IMAGINÁRIA

Herika Cristina da Silva; Alessandra Pereira Lopes; Ana Carolina Tourinho Tomas; André Vieira; Carolyne Batista Juvenil; Izabel Cristina de Souza; Raquel Gonçalves; Ivan Figueira; Paula Rui Ventura (Instituto de Psicologia e Instituto de Psiquiatria, Universidade Federal do Rio de Janeiro, IP / IPUB - UFRJ, Rio de Janeiro, RJ).

O Transtorno de Estresse Pós-traumático (TEPT) é um transtorno de ansiedade, que pode ser manifestado em pessoas que vivenciaram ou testemunharam um evento traumático que ofereceu risco de morte ou ameaça à sua integridade física ou de outra pessoa. Além disso, outros critérios diagnósticos caracterizam o transtorno, como revivescência, evitações e hiperestimulação autonômica. Os tratamentos de primeira escolha são Terapia Cognitivo-comportamental (TCC) e psicofármacos visando redução dos sintomas. A TCC para tratamento do TEPT é comumente baseada em psicoeducação, reestruturação cognitiva, técnicas de exposição (imaginária e ao vivo) e manejo de ansiedade. O objetivo do presente trabalho é descrever o caso de uma paciente com TEPT tratada no IPUB, M., que apresentou dificuldade específica na exposição imaginária, e avaliar a resposta à TCC através de escalas psicométricas que avaliam sintomas de TEPT, depressivos, ansiosos, afeto positivo, afeto negativo, apoio social e resiliência. O protocolo utilizado para o atendimento desses pacientes no Instituto de Psiquiatria da UFRJ (IPUB) utiliza as técnicas mencionadas, ao longo de quatro meses, com quatro sessões semanais (sendo uma com o terapeuta principal e três com coterapeuta). As escalas foram administradas antes da terapia, a cada mês e um mês após o término do tratamento para averiguar se os efeitos da terapia foram mantidos. G. tinha 46 anos e trabalhava como caixa de supermercado. O trauma ocorreu indo para o trabalho, quando foi abordada na calçada do ponto de ônibus por um homem que anunciou o assalto e tomou sua bolsa a força. Após este evento, G. relata que passou a ter pesadelos, *flashbacks*, dificuldade de se concentrar, resposta de sobressalto exagerada, não conseguiu voltar a trabalhar, deixou de fazer caminhadas, passou a evitar o local do assalto e pessoas com características físicas e fala semelhantes às do assaltante. G. tinha muitos pesadelos com o evento traumático, porém, neles encontrava-se sempre fora da cena, visualizando-a do alto, como se fosse uma terceira pessoa na cena. Foi percebido que o mesmo acontecia durante a exposição imaginária, o que se entendeu como a causa da ausência de redução da ansiedade através dessa técnica até então. Quando tal dificuldade foi identificada e contornada, a paciente passou a apresentar melhora expressiva. A terapia concentrou-se em reestabelecer a

vida normal e produtiva da paciente intervindo nos sintomas. A avaliação psicométrica evidenciou ao final da terapia redução do afeto negativo e aumento do afeto positivo, redução dos sintomas depressivos e ansiosos, aumento dos fatores de resiliência, redução do apoio social (atribuído a problemas familiares que G. passou durante a psicoterapia). É interessante notar que os escores da escala referente à avaliação da sintomatologia do TEPT tiveram aumento ao longo da terapia e redução ao final apesar do relato e observações clínicas de melhora durante tratamento. Através da redução da sintomatologia evidenciada pelos escores das escalas administradas, assim como pelo auto-relato e evidências clínicas como, por exemplo, deixar de realizar evitações, pode-se dizer que houve resposta positiva da paciente ao tratamento com TCC.

Palavras-chave: Transtorno de Estresse Pós-traumático, Terapia Cognitivo-comportamental, Exposição Imaginária.

Agências de fomento: FAPERJ e CNPq

8.4 TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL PARA TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO EM UM CASO DE BAIXO DESEMPENHO COGNITIVO

Karla Glória; Alessandra Pereira Lopes; Priscila do Nascimento Marques; Raquel Gonçalves; Paula Ventura (Instituto de Psicologia e Instituto de Psiquiatria, Universidade Federal do Rio de Janeiro, IP/IPUB - UFRJ, Rio de Janeiro, RJ)

O Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT) é uma condição psiquiátrica altamente incapacitante, marcada por sintomas de revivescência, evitação/entorpecimento emocional e hiperestimulação autonômica que surgem após experiência traumática. De fato, a influência do transtorno nas funções mnemônicas dos pacientes, principalmente no caráter intrusivo das lembranças do trauma, permite afirmar que o TEPT é um transtorno relacionado ao processo da memória. Além da memória, estudos sugerem que o TEPT afeta o desempenho de outras funções cognitivas, como a atenção e a aprendizagem. Mas essa influência é mútua, no sentido de que o desempenho cognitivo anterior ao trauma pode representar um fator de risco ou de proteção para o desenvolvimento de TEPT. Há evidências que sugerem relação entre o aparecimento do TEPT e baixos níveis de funcionamento intelectual anteriores ao trauma. Certas funções cognitivas, em particular aquelas ligadas ao funcionamento do hipocampo e do córtex pré-frontal, possivelmente modulam a relação entre exposição ao evento traumático e o surgimento de sintomas do transtorno. Estas funções cognitivas parecem estar relacionadas a habilidades necessárias para o processamento saudável de memórias traumáticas, como estratégias de enfrentamento, a codificação e evocação de tais memórias. Portanto, a integridade dos índices basais de processos cognitivos ligados à memória e que refletem o funcionamento hipocampal e pré-frontal estariam associados ao surgimento dos sintomas de TEPT. O objetivo do presente trabalho é avaliar a resposta à Terapia Cognitivo-comportamental (TCC) de um paciente com TEPT que apresenta baixo nível intelectual. Os resultados da Bateria de testes WAIS (*Weschler Adult Intelligence Scale*) indicam que o paciente possui QI total, QI verbal e QI de execução médio-inferiores; enquanto o Teste de Atenção Concentrada mostrou que a capacidade atenta do paciente é inferior ao esperado. Para avaliar a resposta do paciente à TCC, foram realizadas medidas psicométricas dos sintomas de TEPT, ansiedade e depressão respectivamente através do *PTSD Checklist – Civilian Version* (PCL-C), Inventário Beck de Ansiedade (BAI) e Inventário Beck de Depressão (BDI), que foram administrados antes do início do tratamento, uma vez por mês

durante a terapia e um mês após a última sessão. Os escores da PCL-C passaram de 44 antes do início da TCC para 51, 38, 30 e 15 nos meses de terapia e para 33 um mês após o fim do tratamento. Os escores do BAI passaram de 24 para 20, 17, 16, 10 e 16 no *follow-up*. Por fim, os escores do BDI passaram de 32 para 26, 11, 11, 6 e novamente 11 um mês após o final da terapia. A partir dos dados apresentados, pode-se dizer que houve resposta positiva ao tratamento com TCC mesmo num caso marcado por limitações cognitivas que poderiam dificultar a administração das técnicas características do processo psicoterápico.

Palavras-chaves: Transtorno de Estresse Pós-traumático, terapia cognitivo-comportamental, funções cognitivas

Organizações de Fomento: FAPERJ e CNPq

9. EMPATIA, CRENÇAS E CONTROLE DOS IMPULSOS: CARACTERÍSTICAS DO VIVER EM GRUPO A PARTIR DE UMA VISÃO EVOLUCIONISTA.

Coordenadora: Angela Donato Oliva, Professora Adjunta do Instituto de Psicologia da Universidade do Estado do Rio de Janeiro e da Universidade Federal do Rio de Janeiro.

A proposta dessa mesa redonda é apresentar uma revisão teórica dos pressupostos da Psicologia Evolucionista, englobando diferentes temas que podem ser estudados sob essa ótica. A Psicologia Evolucionista busca explicar muitos dos comportamentos atuais como resultantes de adaptações ocorridas ao longo do processo evolutivo. A ideia é a de que se uma característica ou traço está presente em nosso repertório comportamental, físico ou mental, deve ter tido valor de sobrevivência. Um comportamento para ser compreendido deve ser considerado na história da espécie e no papel para a reprodução e sobrevivência. Isso deixa marcas na cognição do indivíduo. Serão apresentados três temas diferentes que consideram a psicologia evolucionista como base para explicar suas relações teóricas. O primeiro, de Livia Viana-Meireles e Angela Donato Oliva irá abordar o papel da empatia no contexto esportivo. A importância desse tema está no fato de a empatia estar presente em indivíduos que vivem em grupo e se mostra fundamental em situações de interação. O segundo trabalho, de Jôse Souza-da-Cunha e Angela Donato Oliva focará sobre o estudo das crenças em relação ao comportamento parental. As nossas ações são guiadas pelas nossas crenças e, de maneira indireta, se relaciona com empatia, pois envolve o viver em grupo. O terceiro tema, de Cristina Barroso Pereira e Angela Donato Oliva, tratará do controle inibitório à luz da psicologia evolucionista. Novamente, viver em grupo supõe que as pessoas sejam capazes de controlar impulsos que ocorrem em diferentes contextos. Espera-se, com esses trabalhos ampliar o entendimento sobre aspectos do viver em grupo em situações específicas e à luz dos pressupostos da Psicologia Evolucionista, contribuindo, ainda que indiretamente, para práticas clínicas.

9.1 A EMPATIA NO CONTEXTO ESPORTIVO – RELAÇÕES PRELIMINARES

Livia Gomes Viana-Meireles; Angela Donato Oliva (Instituto de Psicologia, Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, UERJ, Rio de Janeiro, RJ).

O contexto do esporte é necessariamente relacional e envolve a participação de muitas pessoas para acontecer: atletas, técnicos, dirigentes, torcidas, etc. Na história humana o

esporte sempre esteve presente, em seus diferentes aspectos. Quando se trata de esporte de competição, fala-se, necessariamente, do aprendizado de uma modalidade a partir do ensinamento de uma pessoa mais experiente, no caso o técnico, treinador ou professor. A relação entre o técnico e o atleta é fundamental para o aprendizado e desenvolvimento em uma modalidade esportiva e, por isso, torna-se um objeto de estudo importante para a psicologia. Considera-se que técnicos, de diferentes modalidades esportivas e níveis técnicos, devem possuir habilidades sociais específicas que o auxiliem na sua prática. Elegemos a empatia como uma habilidade importante a ser estudada na relação entre técnicos e atletas, pois ela é um conceito necessariamente relacional e descreve sentimentos, expressões e comportamentos que qualificam o indivíduo a reconhecer, perceber e responder apropriadamente aos estados emocionais dos outros. A empatia na relação entre técnicos e atletas parece ser fundamental, pois o comportamento do treinador influencia diretamente no desenvolvimento do desempenho dos atletas, haja vista que os treinadores auxiliam os seus atletas a estabelecerem objetivos e a alcançarem altos níveis de preparação física, técnica, tática e psicológica. Estudos mostram a importância do técnico na motivação e comprometimento dos atletas, além da criação e manutenção do clima do treino e competição. Parece, então, ser importante que o técnico tenha uma capacidade empática bem desenvolvida para compreender as necessidades de seus atletas e auxiliá-los a alcançar os melhores resultados. Tendo a psicologia evolucionista como base teórica compreende-se que a empatia é uma característica fundamental, evolutivamente, para a sobrevivência, reprodução e perpetuação da espécie. Empatia, segundo alguns autores, parece estar presente em espécies que vivem em grupo. Nas trocas sociais, é crucial conseguir se colocar no lugar dos outros, ter flexibilidade, agir pró-socialmente e ter sensibilidade afetiva. Empatia permeia a história do desenvolvimento do esporte na espécie humana. Pretende-se destacar a importância da construção de uma relação saudável entre técnicos e atletas, e o papel dos psicólogos do esporte é crucial para isso. Esses profissionais devem investir na elaboração de programas de treinamento de empatia adequados às especificidades do treino esportivo em diferentes modalidades.

Palavras-chave: psicologia do esporte; empatia; técnicos e atletas.

9.2 BREVE ESTUDO SOBRE AS CRENÇAS EM TORNO DO COMPORTAMENTO PARENTAL

Jôse P. R. Souza-da-Cunha; Angela Donato Oliva (Instituto de Psicologia, Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, UERJ, Rio de Janeiro, RJ).

Os cuidados que os pais dedicam aos filhos sob a forma de comportamentos, os valores que os pais transmitem aos filhos são influenciados pelas crenças construídas e transmitidas socialmente. O estudo deste comportamento tem sido de interesse de pesquisadores por muitas décadas. Parte deste interesse é motivado pela existência de diferentes teorias que procuram investigar a natureza das situações vividas durante a infância e os possíveis efeitos que possam ter sobre as esferas cognitiva, emocional e social da criança, desde sua concepção até a vida adulta. O presente trabalho tem como objetivo fazer uma revisão teórica sobre esse tema, considerando que para a prática terapêutica cognitivo-comportamental os sistemas de crenças constituem-se em pilar para nossos pensamentos e comportamentos. Durante o desenvolvimento físico e psicológico para atingir a idade adulta, o ser humano, por ser dependente e imaturo em seu estágio inicial, necessita de cuidados e da presença de adultos que forneçam as condições de sobrevivência. Isto é geralmente propiciado por seus genitores

e sua família, sendo que cada membro desta apresenta peculiaridades no modo de interagir. A família, para muitas organizações sociais, tem papel fundamental no desenvolvimento humano, mas pode se estruturar de maneira variada conforme o tempo e o lugar. Estudar valores, crenças e práticas parentais pode ajudar a compreender o alto investimento parental da espécie humana, aspectos da cognição dos adultos e a influência da cultura no desenvolvimento da identidade pessoal, as ações, além de conhecer melhor o contexto de desenvolvimento da criança, acessando o processo de transmissão e transformação cultural. De acordo com algumas pesquisas, as mães investem mais recursos e tempo na prole do que os pais, devido à gravidez e amamentação. Outros estudos afirmam que à mãe é atribuída maior responsabilidade de cuidar da criança, e consideram a possibilidade de haver relação com a predisposição biopsicológica desta, assinalando que a sensibilidade e responsividade aguçadas da mãe podem ser fruto de uma herança filogenética. Contudo, alguns autores sugerem que se o pai tiver oportunidade e for estimulado a vincular-se com seu filho, poderá apresentar sensibilidade frente às demandas da criança e assumir papel de cuidador. Com mudanças sociais cada vez mais evidentes, os papéis maternos e paternos, que já vinham transformando-se lentamente, precisaram assumir novas características. Apesar disso, estudos apontam que estas mudanças de papéis ainda são, até os dias atuais, limitadas em alguns aspectos. Em síntese, pode-se pensar que as crenças sobre como devem ser os cuidados parentais são passadas através das gerações. Porém, percebe-se que estas crenças sofrem modificações entre as gerações devido às transformações históricas, sociais e ambientais. A partir de características biológicas, modelos de comportamentos desejados e esperados para homens e mulheres podem parecer “naturais”. No entanto, ressalta-se, os papéis sóciossexuais são construídos, são decorrentes de adaptações ao mundo social, podem ser pensados criticamente, questionados e também reconstruídos.

Palavras-chave: psicologia evolucionista; cuidados parentais; crenças parentais

9.3 O CONTROLE INIBITÓRIO À LUZ DA PSICOLOGIA EVOLUCIONISTA

Cristina Fatima G. Barroso Pereira; Angela Donato Oliva (Instituto de Psicologia, Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, UERJ, Rio de Janeiro, RJ).

O interesse pelo estudo do desenvolvimento do controle inibitório tem crescido nos últimos anos, principalmente quando pesquisadores perceberam a importância desse constructo no auxílio do entendimento de alguns transtornos como Déficit de atenção e hiperatividade (TDAH) e Espectro do Autismo (TEA). O controle inibitório fornece a possibilidade de a criança usar e exercer um controle sobre os comportamentos e atividades, assim como inibir estímulos irrelevantes para focar sua atenção em determinada atividade ou comportamento que deseja executar em determinados contextos sociais. Socialmente é importante para a criança inibir alguns comportamentos como: não brigar com os outros amigos, saber o momento em que pode comer algo ou não, ou o momento mais apropriado para estudar. Pesquisas sobre desenvolvimento do controle inibitório enfatizam como os pais são importantes e essenciais para ajudar os filhos a desenvolverem a capacidade de autorregular os seus comportamentos. Na relação pais e filho, os filhos adotam e internalizam crenças, visões de mundo e comportamento correntes com os valores dos pais que auxiliam a criança no desenvolvimento do controle inibitório. As crianças aprendem estratégias autorregulatórias, imitando comportamentos através de trocas sociais, primeiramente com os pais, depois com a família, posteriormente com pares, amigos, profissionais da escola. É importante salientar, do ponto de vista biológico, que a maturação do lobo frontal, assim

como, o desenvolvimento quase completo do controle inibitório ocorre por volta dos 12 anos. A criança aos 12 anos, normalmente encontra-se no sexto ano do ensino fundamental, período escolar em que é exigido da criança mais autonomia, organização e inibição do comportamento. Nessa fase escolar a criança sofre algumas mudanças, aumenta a quantidade e dificuldade das disciplinas, além disso, a criança passa a ter, para cada disciplina um professor diferente, situação que exige maior capacidade de controle inibitório. Pode-se destacar que o controle inibitório desempenha um papel importante na regulação do indivíduo e competência social. Acredita-se que a origem do controle inibitório está conectada à cultura e aos aspectos sociobiológicos, na medida em que o controle inibitório depende do ambiente para se desenvolver. Estudos mostram como o ambiente familiar e cultural, especificamente as práticas parentais influenciam a construção e desenvolvimento de aspectos de autorregulação da criança que estão ligados ao controle inibitório. Conclui-se, preliminarmente, que pensar o controle inibitório com enfoque evolucionista pode trazer contribuições para compreensão do viver em grupo.

Palavras-chave: neuropsicologia; psicologia evolucionista; controle inibitório.

10. ATUALIZAÇÕES SOBRE O TRANSTORNO DE PÂNICO: COMORBIDADES, PERFIL NEUROPSICOLÓGICO E PSICOFARMACOLOGIA

Coordenadora: Marcele Regine de Carvalho (Doutora e Mestre em Saúde Mental pelo Instituto de Psiquiatria (IPUB) da UFRJ. Professora do Instituto de Psicologia (IP) da UFRJ. Supervisora da Divisão de Psicologia Aplicada do IP/UFRJ. Pesquisadora do Laboratório de Pânico e Respiração do Instituto de Psiquiatria (IPUB) da UFRJ; do INCT Translational Medicine e do Laboratório de Mapeamento Cerebral e Integração Sensorio-Motora do IPUB/UFRJ; Rio de Janeiro, RJ).

O Transtorno do Pânico (TP) é um transtorno de ansiedade crônico, potencialmente debilitante para o indivíduo, sendo o conhecimento acerca de sua etiologia multifatorial, epidemiologia, comorbidades, perfil neuropsicológico e possibilidades de tratamento essencial para aumentar a qualidade de vida dos pacientes. É através do investimento em pesquisa que se pode reverter os conhecimentos acerca das temáticas em otimização do tratamento do transtorno. Esta mesa redonda tratará de três dentre estes importantes tópicos sobre o TP: as possíveis comorbidades psiquiátricas, o perfil neuropsicológico dos pacientes e as propriedades ansiolíticas do Canabidiol (CBD). As possíveis comorbidades psiquiátricas do TP como também aquelas relacionadas às diversas clínicas médias são abordadas, já que podem agravar a evolução do quadro do TP, aumentar sua morbidade, trazer maior prejuízo funcional para o paciente e indicar um pior prognóstico. Assim, enfatiza-se a importância da atenção na avaliação diagnóstica dos casos de TP, para aumentar sua precisão. A necessidade de traçar um perfil neuropsicológico dos pacientes com TP é apresentada, já que permite a obtenção de dados mais objetivos a respeito das habilidades e déficits mais comuns nesses pacientes, que podem ser revertidos em conhecimentos que possam embasar intervenções farmacológicas e psicoterapêuticas mais efetivas. A descrição detalhada das funções cognitivas também permite diagnósticos e prognósticos mais precisos e o monitoramento da evolução do caso a partir de reavaliações periódicas. Por último, a possível utilização do Canabidiol na prática clínica é discutida a partir de seus efeitos terapêuticos, principalmente sua propriedade ansiolítica, que parece ter efeitos semelhantes aos de medicamentos aprovados no tratamento da ansiedade. A literatura estabelece que o CBD não tem efeitos psicoativos e não afeta a cognição, além de possuir um perfil de segurança adequado e boa

tolerabilidade; porém é necessário ressaltar que as suas doses efetivas para o tratamento ainda não estão estabelecidas.

10.1 COMORBIDADES NO TRANSTORNO DE PÂNICO

Natalia Pinho de Oliveira Ribeiro (Mestranda do Programa de Pós-graduação em Psiquiatria e Saúde Mental – IPUB/UFRJ. INCT Translational Medicine; Rio de Janeiro, RJ), Alexandre Rafael de Mello Schier (Mestrando do Programa de Pós-graduação em Psiquiatria e Saúde Mental – IPUB/UFRJ. INCT Translational Medicine; Rio de Janeiro, RJ), Valeska Martinho Pereira (Mestre pelo Programa de Pós-graduação em Psiquiatria e Saúde Mental – IPUB/UFRJ. INCT Translational Medicine; Rio de Janeiro, RJ), Antonio Egídio Nardi (Professor Titular da Faculdade de Medicina da UFRJ; Professor do Programa de Pós-graduação em Psiquiatria e Saúde Mental – IPUB/UFRJ; Coordenador do Laboratório de Pânico e Respiração – IPUB/UFRJ. INCT Translational Medicine; Rio de Janeiro, RJ), Adriana Cardoso de Oliveira e Silva (Professora do Programa de Pós-graduação em Psiquiatria e Saúde Mental – IPUB/UFRJ; Vice-Coordenadora do Laboratório de Pânico e Respiração – IPUB/UFRJ. INCT Translational Medicine; Rio de Janeiro, RJ)

O termo comorbidade pode ser definido como um estado onde duas ou mais patologias clínicas coexistem, frequentemente acompanhadas pelo risco de agravamento do quadro geral do paciente, gerando pior prognóstico e até mesmo aumento do risco de suicídio. Pessoas com Transtorno de Pânico apresentam maior busca por atendimentos em emergências médicas e até mesmo internações uma vez que seus sinais e sintomas são facilmente confundidos com aqueles que ocorrem em decorrência de problemas cardíacos, entre eles o infarto agudo do miocárdio, além de outros quadros clínicos. Desse modo, quando refletimos sobre esse transtorno, existe a preocupação não somente com as possíveis comorbidades psiquiátricas como também com aquelas relacionadas às diversas outras clínicas médias, uma vez que elas podem agravar a evolução do quadro de pânico. Do mesmo modo o próprio Transtorno do Pânico pode causar piora importante no quadro clínico comórbido além do já citado comprometimento do prognóstico, podendo gerar, inclusive, dificuldades na adesão ao tratamento médico e psicológico. O Transtorno do Pânico envolve sintomatologia presente em diversos quadros clínicos, como podemos claramente observar durante os ataques de pânico, que podem envolver sudorese, sensação de claustrofobia, tremores, falta de ar, náuseas, tonteira, sensação de desmaio, além da taquicardia, sintomas também presentes em patologias cardiológicas, pneumológicas ou outras. Quando buscam atendimentos médicos, principalmente nas emergências, há o risco de terem, por conta do diagnóstico de Transtorno do Pânico, negligenciadas outras condições clínicas que necessitem atenção no diagnóstico diferencial ou mesmo consideração na elaboração de um plano de tratamento. Tal fato pode desde dificultar o tratamento pela dificuldade de contato com um especialista a colocar o paciente em risco de vida. Por outro lado, não é incomum a presença de mais de um transtorno psiquiátrico coexistindo em um mesmo paciente, por isso é possível ao paciente com diagnóstico de transtorno de pânico apresentar comorbidades com outros transtornos como de ansiedade, de humor, de personalidade, abuso de substâncias, entre outros, o que pode causar maior prejuízo funcional para o sujeito, piora da qualidade de vida e do prognóstico e maior demanda por atendimentos hospitalares. Sendo assim é fundamental ao profissional de qualquer área da saúde o conhecimento de como o Transtorno do Pânico se relaciona com outras patologias, evitando que esses pacientes recebam diagnóstico e até tratamentos inadequados ou incompletos. O conhecimento de intervenções psicoterapêuticas e farmacológicas personalizadas e adequadas às necessidades de cada paciente está inteiramente ligado à capacidade de fornecer um diagnóstico adequado.

Palavras-chave: Transtorno de Pânico, Comorbidades Clínicas, Comorbidades Psiquiátricas

10.2 ALTERAÇÕES COGNITIVAS EM PACIENTES COM TRANSTORNO DO PÂNICO

Mariana Rodrigues Poubel Alves, (Aluna de estágio probatório para Mestrado no Laboratório de Pânico e Respiração, Instituto de Psiquiatria da Universidade do Brasil, IPUB/UFRJ, Rio de Janeiro, RJ), Valeska Martinho Pereira (Mestre em Saúde Mental, Laboratório de Pânico e Respiração, Instituto de Psiquiatria da Universidade do Brasil, IPUB/UFRJ, Rio de Janeiro, RJ), Antonio Egidio Nardi (PhD, Coordenador do Laboratório de Pânico e Respiração, Instituto de Psiquiatria da Universidade do Brasil, IPUB/UFRJ INCT Translational Medicine, Rio de Janeiro, RJ), Adriana Cardoso de Oliveira e Silva(PhD, Vice-coordenadora do Laboratório de Pânico e Respiração, Instituto de Psiquiatria da Universidade do Brasil, IPUB/UFRJ INCT Translational Medicine, Rio de Janeiro, RJ).

O transtorno do pânico caracteriza-se, segundo o Manual Diagnóstico e Estatístico de Saúde Mental (DSM-IV-TR), pela presença de ataques de pânico recorrentes e inesperados, seguidos de ao menos um mês de preocupações acerca de tais ataques e suas possíveis conseqüências, além de uma mudança comportamental significativa na vida do paciente. Dados da National Comorbidity Survey (NCS) demonstraram que sua prevalência seria de 5% ao longo da vida e 1% em um ano, na população estadunidense. Mediante o avanço das pesquisas em neurociência, neuroimagem, ciências do comportamento e neuropsicologia, passou-se a buscar uma explicação neurobiológica e um perfil neuropsicológico de tais pacientes. Uma descrição detalhada das funções cognitivas permite diagnósticos e prognósticos mais precisos, possibilidade de um monitoramento da evolução do caso a partir de reavaliações periódicas e contribui para esclarecimento da relação entre cérebro e comportamento. No caso das doenças mentais, traçar um perfil neuropsicológico permite dados mais objetivos a respeito das habilidades e déficits mais comuns em tais pacientes, e conseqüentemente melhores intervenções farmacológicas e psicoterapêuticas. No caso do transtorno do pânico, ainda não existem muitos dados referentes a avaliação de funções cognitivas dos pacientes, principalmente que considerem tempo de diagnóstico e tratamento adotado, seja psicoterapêutico, farmacológico ou misto. Além do número reduzido de estudos, as comparações entre os achados são difíceis devido a diversidade metodológica. Além disso, o número reduzido de pacientes (que podem apresentar ou não comorbidades com outros quadros clínicos), a falta de definição nos mesmos quanto à gravidade do transtorno nesses pacientes e o fato de que a grande maioria dos estudos não utiliza uma bateria neuropsicológica ampla que contemple diferentes funções, colaboram para a existência de uma lacuna na literatura sobre esse aspecto específico e de grande importância. Pensando no próprio processo de avaliações, é necessário considerar que a ansiedade, comum a esses pacientes, pode influenciar em seu desempenho gerando viés no estudo. A função mais avaliada, de acordo com a literatura atual, é a memória, sendo justamente nessa função cognitiva que os pacientes apresentam maiores déficits quando comparados a grupo controle ou a grupo formado por pacientes com outros transtornos mentais. Já a função de atenção e funções executivas apresentam resultados divergentes, sendo que alguns autores encontraram diferenças entre grupos e outros não. E com relação ao processamento afetivo, os pacientes com transtorno do pânico parecem ter melhor desempenho com imagens ou palavras que remetem ao transtorno. O presente trabalho visa apresentar e discutir o transtorno do pânico e suas possíveis alterações cognitivas, no campo da memória, atenção, funções executivas e processamento afetivo.

Palavras-chave: Transtorno do Pânico, avaliação neuropsicológica, funções cognitivas

10.3 CANABIDIOL COMO UMA NOVA DROGA COM PROPRIEDADES ANSIOLÍTICAS

Alexandre Rafael de Mello Schier (Mestrando do Programa de Pós-graduação em Psiquiatria e Saúde Mental – IPUB/UFRJ. INCT Translational Medicine; Rio de Janeiro, RJ), Natalia Pinho de Oliveira Ribeiro (Mestranda do Programa de Pós-graduação em Psiquiatria e Saúde Mental – IPUB/UFRJ. INCT Translational Medicine; Rio de Janeiro, RJ), Valeska Martinho Pereira (Mestre pelo Programa de Pós-graduação em Psiquiatria e Saúde Mental – IPUB/UFRJ. INCT Translational Medicine; Rio de Janeiro, RJ), Antonio Egídio Nardi (Professor Titular da Faculdade de Medicina da UFRJ; Professor do Programa de Pós-graduação em Psiquiatria e Saúde Mental – IPUB/UFRJ; Coordenador do Laboratório de Pânico e Respiração – IPUB/UFRJ. INCT Translational Medicine; Rio de Janeiro, RJ), Adriana Cardoso de Oliveira e Silva (Professora do Programa de Pós-graduação em Psiquiatria e Saúde Mental – IPUB/UFRJ; Vice-Coordenadora do Laboratório de Pânico e Respiração – IPUB/UFRJ. INCT Translational Medicine; Rio de Janeiro, RJ)

A *Cannabis sativa* é uma das drogas de abuso mais comumente utilizada atualmente em todo o mundo e tem como principal componente psicoativo o delta-9-tetrahydrocannabinol, uma das substâncias responsáveis pelos efeitos psicoativos da planta. O Canabidiol (CBD) é outro composto abundante da *Cannabis sativa* e seus efeitos farmacológicos são diferentes e muitas vezes opostos ao do delta-9-THC. O número de publicações sobre o CBD aumentou consideravelmente nos últimos anos e a literatura sobre o tema sustenta a ideia de que o CBD possui uma gama de possíveis efeitos terapêuticos; sendo que entre essas possibilidades, as propriedades ansiolíticas e antipsicóticas se destacam. Os efeitos ansiolíticos do CBD são, aparentemente, semelhantes àqueles encontrados nos medicamentos aprovados para tratar a ansiedade, embora suas doses efetivas não tenham sido estabelecidas e os mecanismos subjacentes a esses efeitos não sejam totalmente comprometidos. A baixa afinidade do CBD para neurorreceptores canabinoides e suas propriedades agonistas nos receptores 5-HT_{1A} foram demonstradas repetidamente. Para o presente estudo foi realizada revisão sistemática da literatura com buscas nos principais bancos de dados eletrônicos sobre CBD, ansiolíticos e ansiedade. Foram avaliados tanto estudos com animais quanto os realizados com seres humanos. Como resultado foi observado que estudos em animais, normalmente envolviam situações onde a cobaia passaria por labirinto de cruz elevada, teste de conflito de Vogel ou exposição a predadores. Em humanos, inicialmente foi feito estudo com voluntários saudáveis. Em um procedimento duplo-cego, os voluntários receberam CBD, THC, THC + CBD, diazepam e placebo em diferentes sequências e dias. Os resultados mostraram que o aumento da ansiedade após a administração de THC foi significativamente atenuado à administração simultânea de CBD (THC + CBD). Foram utilizados em outro estudo, indivíduos com medo de falar em público, simulando situações de exposição a tal agente estressor, onde estes foram comparados com indivíduos saudáveis. Em conjunto, os resultados de estudos em animais de laboratório, voluntários saudáveis e pacientes com transtornos de ansiedade sustentam a proposta do CBD como uma nova droga com propriedades ansiolíticas. O CBD não tem efeitos psicoativos e não afeta a cognição, possui um perfil de segurança adequado, boa tolerabilidade, resultados positivos em testes com seres humanos e um amplo espectro de ações farmacológicas, esse composto canabinoide parece estar mais próximo de ter suas descobertas preliminares na ansiedade traduzidas para a prática clínica. Estudos futuros devem testar essa possibilidade em ensaios clínicos envolvendo pacientes com

diferentes transtornos de ansiedade, especialmente os transtornos do pânico, obsessivo-compulsivo, de ansiedade social e pós-traumático.

Palavras-chave: canabidiol, psicofarmacologia, ansiedade.

11. A TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL NO CONTEXTO DA SAÚDE

Coordenadora: Lucia Emmanoel Novaes Malagris, Universidade Federal do Rio de Janeiro

A Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) vem sendo amplamente utilizada no campo da saúde como importante recurso de atendimento aos problemas psicossociais relativos às doenças crônicas. As estratégias utilizadas na TCC têm sido consideradas de grande valia, pois são diretivas e focadas no aqui e agora, visando mudança comportamental, cognitiva e emocional. Tais mudanças se mostram necessárias para que o indivíduo desenvolva um estilo de vida saudável. Atualmente uma série de pesquisas está sendo desenvolvida para demonstrar o impacto favorável da utilização da TCC no contexto da saúde. A TCC pode colaborar para o tratamento de diversas patologias, principalmente as associadas ao estilo de vida, para a prevenção de doenças, além da manutenção da saúde e reabilitação. Essa mesa se propõe a apresentar algumas aplicações da TCC na área da saúde, tais como na melhoria da qualidade de vida e controle do stress em pacientes com hipertensão arterial, doença com alta prevalência no Brasil e no mundo e que se constitui importante fator de risco para complicações cardiovasculares. Será apresentado também projeto de pesquisa que visa o desenvolvimento de intervenções no âmbito da adesão ao tratamento em pacientes com doenças crônicas. A não adesão ao tratamento de doenças crônicas tem se mostrado importante fator dificultador para o controle das mesmas, logo, medidas de avaliação de grau de adesão e estratégias que busquem o aumento de adesão podem se constituir importante colaboração na área. Além disso, serão discutidos aspectos relacionados à Atenção Básica do Sistema Único de Saúde, campo de crescente atuação dos psicólogos da saúde. Conhecer o contexto de atuação do terapeuta cognitivo-comportamental na área da saúde em instituições públicas se mostra de fundamental importância, pois cada contexto demanda adaptações das intervenções para que estas sejam efetivas e atendam às demandas peculiares da população ali atendida.

11.1 QUALIDADE DE VIDA E STRESS EM PACIENTES COM HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA

Lucia Emmanoel Novaes Malagris (Universidade Federal do Rio de Janeiro, UFRJ, Rio de Janeiro, RJ)

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) tem alta prevalência no Brasil e é foco de interesse de muitos pesquisadores. O paciente com HAS necessita de intervenção interdisciplinar, o que, muitas vezes, dificulta a adesão ao tratamento devido a mudanças demandadas por cada profissional. Além de se constituir em fator de risco para doenças cardiovasculares, a HAS traz sérios prejuízos para a qualidade de vida (QV) do indivíduo e pode ter o stress como um elemento presente. Objetiva-se aqui apresentar aspectos relacionais entre a QV e o stress no paciente com HAS. Compreender essa relação pode ser de utilidade para uma intervenção efetiva no controle da pressão arterial por meio da melhoria da QV e do controle do stress, o que justifica o presente estudo. A melhoria da QV do indivíduo com HAS envolve alimentação saudável, consumo controlado de sódio e álcool, ingestão de potássio, assim

como combate ao sedentarismo e ao tabagismo. No entanto, estudos enfatizam que fatores psicossociais, econômicos, educacionais e o stress emocional também participam do desencadeamento e manutenção da HAS e demandam atenção, pois podem funcionar como barreiras para a adesão ao tratamento e mudança de hábitos. A relação entre QV e stress é mútua, pois o stress e seus sintomas podem interferir na qualidade de vida do indivíduo e esta, se deficitária, pode levar ao stress. Sabe-se que o sistema cardiovascular participa ativamente das adaptações ao stress estando, portanto, sujeito às influências neuro-humorais resultando, principalmente, em aumento da frequência cardíaca, da contratilidade, débito cardíaco e pressão arterial. Logo, o controle do stress é bastante importante para o controle da HAS. Para melhoria da QV e o controle do stress do paciente com HAS primeiramente é importante a consciência de que teve um papel ativo para o surgimento e manutenção da doença e que modificar comportamentos improdutivos também depende dele. É necessário avaliar vantagens e desvantagens de manter os comportamentos improdutivos e de adquirir comportamentos saudáveis. O indivíduo precisa aprender o que é stress e reconhecer seus sinais, tentar identificar as situações que geram tensão e/ou aumento de pressão arterial, eliminar os estressores possíveis ou se afastar deles; aprender a lidar com o que não pode mudar, mudar o modo de pensar estressante, a raiva reprimida e desejo de ter tudo sob controle. A psicoeducação pode ajudá-lo a conhecer a HAS e a entender como o stress afeta a pressão arterial. Também são importantes estratégias a utilização de técnicas de relaxamento e respiração profunda, realização de exercício físico regular e ter alimentação balanceada. Intervenções cognitivo-comportamentais podem ajudar a realizar mudanças no que se refere a características comuns entre indivíduos com HAS, tais como: necessidade de manter controle absoluto sobre tudo ao redor; alexitimia; crença de que precisa de ser aceito; medo de perder o amor e o respeito; Padrão de Comportamento Tipo A e falta de assertividade. Estudos têm revelado que a terapia cognitivo-comportamental pode ser uma importante aliada do tratamento médico tradicional no controle da HAS facilitando a adesão ao mesmo.

Palavras-chaves: Qualidade de vida, stress, hipertensão

11.2 ADESÃO AO TRATAMENTO DE DOENÇAS CRÔNICAS: UMA INTERVENÇÃO COGNITIVO-COMPORTAMENTAL

Raquel Ayres de Almeida; Lucia Emmanoel Novaes Malagris (Universidade Federal do Rio de Janeiro, UFRJ, Rio de Janeiro, RJ)

Dados atuais apontam que as doenças crônicas são as principais causas de morte, sendo responsáveis por 60% de todas as mortes ocorridas no mundo. Fatores de risco comuns e potencialmente modificáveis como ausência de uma dieta saudável, sedentarismo e uso de cigarro explicam grande parte destas mortes. A adesão ao tratamento é fundamental para o gerenciamento de uma doença crônica, sendo essencial seguir todas as orientações médicas, como tomar a medicação, seguir a dieta e/ ou mudar seu estilo de vida. Contudo, muitos pacientes têm dificuldade em seguir o tratamento recomendado sendo a baixa adesão um problema mundial. A não adesão pode levar a complicações médicas e psicossociais para os pacientes e altos custos para o sistema de saúde. Para compreender e lidar com o comportamento de não adesão é necessário, primeiramente, compreender as variáveis comportamentais passíveis de mudança para, então, elaborar e implementar um plano de intervenção adequado à demanda. Dessa forma, será aqui apresentado um projeto de pesquisa que buscará fazer um levantamento parcial dos aspectos clínicos, psicológicos, comportamentais e sociais que interferem na adesão ou não adesão ao tratamento de doença crônica. De posse desses dados, pretende-se elaborar e administrar um protocolo de

intervenção para melhorar a adesão ao tratamento médico em pacientes com doenças crônicas e elaborar e validar um inventário de adesão terapêutica para avaliar o nível de adesão ao tratamento na amostra pesquisada, antes e após a intervenção. Por se tratar de uma pesquisa dividida em três etapas, primeiramente será realizada uma pesquisa de levantamento, elaboração e validação de instrumento, e por fim, uma pesquisa genuinamente experimental, com delineamento de três grupos casualizados. Participarão do estudo indivíduos com doença (s) crônica (s) que estejam em tratamento médico pelo Sistema Único de Saúde e que deverão atender alguns critérios, como ter diagnosticado pelo menos uma doença crônica dentre diabetes *mellitus* e hipertensão arterial sistêmica, estar em tratamento médico há no mínimo seis meses, ter entre 35 e 70 anos e não sofrer de doença mental grave conhecida. As doenças crônicas não transmissíveis são consideradas como uma epidemia na atualidade e constituem sério problema de saúde pública, tanto nos países ricos quanto nos de média e baixa renda. A maioria dessas doenças não tem cura, entretanto, várias delas podem ser prevenidas ou controladas por meio da detecção precoce, mudanças no estilo de vida e acesso a tratamento adequado recomendado pelo profissional de saúde. Visto que o impacto de doenças crônicas em muitos países está crescendo continuamente, faz-se necessário o estudo dos fatores psicossociais que interferem na adesão ao tratamento médico para que, assim, práticas possam ser sugeridas. A terapia cognitivo-comportamental é uma abordagem amplamente utilizada para condições crônicas de saúde e permite a compreensão dos fatores que influenciam os comportamentos relacionados à saúde e à doença, utilizando uma variedade de estratégias efetivas para intervir na não adesão ao tratamento médico, exacerbação dos sintomas e negação da doença.

Palavras-chave: doenças crônicas, adesão, diabetes, hipertensão, terapia cognitivo-comportamental.

Bolsista CAPES

11.3 ATENÇÃO BÁSICA NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: EM QUE CONTEXTO O TERAPEUTA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL VAI ATUAR?

Andréia Oliveira Vicente; Lucia Emmanoel Novaes Malagris (Universidade Federal do Rio de Janeiro, UFRJ, Rio de Janeiro, RJ)

Atuar na promoção e proteção à saúde, na prevenção de riscos, agravos e reabilitação, indica a pertinência de níveis, contextos e modos de atuação do psicólogo que vão além da clínica tradicional. Sendo assim, é importante que esse profissional vislumbre uma prática articulada nas instituições de saúde de Atenção Básica em nível primário, centrada nas realidades sociais, com uma atuação voltada para o bem da coletividade. O psicólogo que atua na abordagem cognitivo-comportamental, como em todas as outras abordagens, precisa despertar seu olhar às demandas dos usuários que buscam os serviços públicos de saúde, de forma que essas demandas prevaleçam sobre a técnica. A presente apresentação tem como objetivo explicar sobre demandas e especificidades do contexto da Atenção Básica para que o terapeuta cognitivo-comportamental conheça o contexto onde vai atuar, caso essa seja sua escolha profissional. A Lei nº 4.119, de agosto de 1962, ao regulamentar a formação e a profissão do psicólogo, inspira-se em uma formação generalista. Ao receber formação “generalista”, seguindo o espírito da lei que regulamenta a profissão, o psicólogo exhibe conhecimento genérico em temas psicológicos, que lhe proporcionam uma formação científico-metodológica e o desenvolvimento de habilidades técnicas gerais, sem a delimitação de áreas de atuação específicas. Ao ser instado a responder por novas áreas, o

psicólogo defronta-se com a desintegração entre a prática profissional e sua própria formação. A Atenção Básica no Sistema Único de Saúde é definida como a porta de entrada da população no Sistema Nacional de Saúde. Caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde, ou seja, é responsável por coordenar e integrar os cuidados em saúde. Suas ações são desenvolvidas através do trabalho em equipe, com enfoque nos determinantes de saúde e fundamentadas na análise das necessidades e no acompanhamento da população de territórios bem delimitados. A inserção do psicólogo na rede básica de saúde deve atentar para os seguintes aspectos: a) ênfase no planejamento e execução de ações com base em demandas coletivas; b) atenção às especificidades trazidas pela população relativas aos problemas específicos de saúde; c) necessidade de lidar com contingentes maiores de indivíduos, levando a priorizar estratégias grupais e focais e lidar com os problemas trazidos pela população; d) necessidade de ter contato direto com as condições concretas de vida do segmento populacional não privilegiado economicamente da sociedade; e) necessidade de perceber que a concepção de “clínica psicológica” pode abarcar ações de baixa complexidade, não restringindo às ações psicoterápicas especializadas, mas buscando incluir práticas preventivas e voltadas à promoção da saúde. É importante que o psicólogo que atue no contexto de saúde pública conheça a realidade onde está inserido e suas demandas específicas, podendo-se prever necessidade de adaptações na sua prática clínica para que tais demandas sejam atendidas. A terapia cognitivo-comportamental, considerando sua forma de compreensão das doenças crônico-degenerativas e as estratégias de intervenção disponíveis, tem sido de grande valia no contexto da atenção básica.

Palavras-chaves: Atenção Básica à Saúde, Saúde Pública, Terapia Cognitivo-Comportamental

12. Terapia Cognitiva de Casal e Sexual

Coordenador: Raphael Fischer

Esta mesa tem por objetivo apresentar o modelo cognitivo e comportamental que embasam o tratamento de problemas conjugais e sexuais. O primeiro resumo fala sobre a importância do treino da assertividade como instrumento da melhoria da vida sexual dos casais. O Segundo resumo, derivado de uma pesquisa de mestrado, disserta sobre a influência dos estilos de crenças conjugais e a satisfação no casamento. O terceiro resumo, também preparado a partir de uma pesquisa realizada para a obtenção do título de mestre, apresenta a relação entre esquemas individuais desadaptativos, o comportamento empático e a satisfação conjugal. O quarto resumo é uma revisão teórica sobre o processo de formulação de caso no atendimento de casais em conflito. Todos estes trabalhos procuram dar subsídios às pesquisas científicas que buscam comprovar a eficácia da terapia cognitivo-comportamental com casais, como uma intervenção psicológica baseada em evidências.

12.1 TREINO ASSERTIVO COMO INSTRUMENTO NA MELHORIA DE VIDA SEXUAL DO CASAL.

Antonio Carvalho (Clínica Particular, Rio de Janeiro, RJ).

Atualmente é grande o número de casais que procuram terapia tendo como foco queixas sexuais. A busca por desempenho, que acaba por acarretar ansiedade, tem sido a principal

etiologia dos transtornos sexuais, parcerias íntimas saudáveis ocorrem a partir do momento em que o casal foca sua atenção no prazer e não apenas na “performance” sexual, isto quer dizer, ereção e ou orgasmo. Muitos problemas sexuais têm origem na atitude passiva ou manipuladora do (a) parceiro (a). Tratar a queixa sexual do casal, apenas descondicionando a ansiedade, sem modificar expectativas irreais, corrigir atribuições de culpa ou identificar esquemas de reforçamento, por exemplo, é estar fadado ao insucesso na Terapia Sexual. A proposta deste trabalho é demonstrar a utilização das técnicas de assertividade como instrumento de tratamento destas queixas e a adequação das mesmas para Terapia Sexual. Uma comunicação eficiente visando à reformulação de mitos e crenças sexuais distorcidas pode reverter a maioria dos quadros de queixa sexual do casal. Apesar de o tema sexo estar presente maciçamente no nosso dia a dia, o assunto ainda é tabu e muitos ainda resistem em falar claramente sobre ele, possivelmente por medo das mudanças ou ignorância. Deparar-se com suas fantasias e desejos ainda assusta, principalmente quando o outro também não está preparado para falar e ou ouvir. Ao aumentar a assertividade a tendência do casal é expressar melhor os sentimentos e opiniões e construir relacionamentos mais sinceros e recíprocos. O programa de tratamento proposto implica em ensinar ao casal a agir afirmativamente com o (a) parceiro (a) em situações comuns do cotidiano, tais como: tomar conta dos filhos; empregar o dinheiro; afazeres domésticos e etc. e após aprenderem a agir assertivamente nestas áreas é sugerido falar sobre comportamentos, desejos e problemas sexuais, bem como a interação entre sexo e assertividade, sempre tendo como pano de fundo as atribuições dos papéis sexuais do homem e da mulher para cada casal. É comum que pessoas que tenham passado a vida inteira agindo passivamente na esfera sexual ao serem treinadas para uma postura mais assertiva venham a ter conflitos com o (a) parceiro (a), sendo muitas vezes chamadas de egoístas ou arrogantes, em função disto é ideal que a assertividade sexual, seja trabalhada com o casal, pois o poder se equilibra, as conversas se tornam mais sinceras e o casal passa a realmente conhecer o outro melhorando assim a qualidade do relacionamento, por isto, é importante ter em mente que toda Terapia Sexual é também uma Terapia de Casal.

Palavras-chave: Assertividade; Terapia Sexual; Casal

12.2 ESTILOS DE CRENÇAS CONJUGAIS E SATISFAÇÃO NO CASAMENTO

Camila Morais Ribeiro; Eliane Mary de Oliveira Falcone (Universidade do Estado do Rio de Janeiro, UERJ, Rio de Janeiro, RJ).

O casamento contemporâneo encontra-se cada vez mais centrado na relação afetiva estabelecida entre o casal e na satisfação obtida a partir do relacionamento. Nesse sentido destaca-se a satisfação conjugal enquanto um conceito de fundamental importância para o estudo da conjugalidade nos dias de hoje. Embora não haja um consenso dentre os autores acerca da definição de satisfação conjugal, muitos estudiosos concordam sobre a complexidade inerente a este conceito. Desse modo, a satisfação conjugal vem sendo entendida enquanto um fenômeno multifacetado que recebe a influência de diversos fatores. Dentre tais fatores, este trabalho privilegia as crenças mantidas a respeito do casamento. Em linhas gerais, as crenças conjugais correspondem a um conjunto de ideias a respeito de como o casamento dever ser e de quais são os papéis de homens e mulheres na relação. De acordo com dados da literatura, os estilos de crenças mantidos sobre o relacionamento conjugal podem afetar a qualidade da interação entre o casal. A esse respeito, a literatura indica a existência de dois tipos de crenças conjugais: as crenças realistas e as crenças irrealistas. As crenças realistas caracterizam-se enquanto concepções mais sensatas, flexíveis e que encontram respaldo nos fatos reais, podendo ser mais facilmente concretizadas na vida

conjugal. Já as crenças irrealistas concernem a concepções altamente idealizadas, rígidas e que dificilmente são confirmadas no relacionamento. O objetivo deste trabalho, então, consiste em apresentar uma análise teórica acerca da relação entre os estilos de crenças e a satisfação conjugal. Para tanto, serão discutidos dados de pesquisas nacionais e internacionais a respeito do tema a fim de possibilitar uma reflexão acerca de como as crenças sobre o casamento são originadas e mantidas pelos casais e, principalmente, como elas repercutem sobre os relacionamentos conjugais. De maneira geral, os estudos são concordantes em apontar que crenças realistas estão associadas à maior satisfação no casamento enquanto as crenças irrealistas encontram-se vinculadas ao desajuste conjugal. Observa-se que grande parte das pesquisas confere maior ênfase sobre o impacto negativo das crenças irrealistas no casamento, evidenciando que esse tipo de crença é capaz de instaurar um padrão disfuncional de pensamentos, sentimentos e comportamentos na relação do casal que compromete a qualidade do vínculo conjugal. Portanto, conhecer os estilos de crenças mantidos no casamento torna-se uma questão relevante para a identificação da fonte de muitos conflitos conjugais e para a promoção de mudança de padrões disfuncionais de interação entre os casais. Acredita-se que a intervenção em crenças irrealistas sobre o casamento pode auxiliar não só na melhoria dos relacionamentos conjugais como também pode viabilizar o trabalho preventivo de frustrações e insatisfação no casamento.

Apoio: Capes

Palavras-chave: Crenças; Satisfação; Relacionamento conjugal

12.3 ESQUEMAS INDIVIDUAIS DESADAPTATIVOS E A RELAÇÃO COM A EMPATIA E A SATISFAÇÃO CONJUGAL.

Gabriela Malamut; Eliane Mary de Oliveira Falcone (Universidade do Estado do Rio de Janeiro, UERJ, Rio de Janeiro, RJ).

Desde o nascimento, os seres humanos possuem necessidades emocionais (vínculos seguros, amor, atenção, aceitação, empatia e limites realistas) para se desenvolver e estabelecer relações saudáveis. Quando essas necessidades não são satisfeitas (padrões parentais erráticos), o indivíduo irá tentar atingir essas necessidades através de esquemas desadaptativos remotos (EDR) ou precoces. Os EDR são temas amplos relativos a si mesmo e às relações com os outros, constituídos de padrões cognitivos, emocionais, interpessoais e comportamentais autoderrotistas, que começam na infância ou adolescência, como representações baseadas na realidade do ambiente da criança, e se perpetuam ao longo da vida. Sua natureza disfuncional se torna mais evidente na idade adulta, na interação com as outras pessoas em contextos sociais e, principalmente, no contexto conjugal. Assim, uma criança que cresce em um ambiente carente de afeto, empatia e atenção, poderá desenvolver um esquema de Privação Emocional, o qual se manifestará, na vida adulta, através de demandas excessivas por afeto e por crenças de não ser amada. Tais demandas irão sobrecarregar as outras pessoas, as quais podem se distanciar, fortalecendo ainda mais o esquema. No contexto conjugal, o(a) parceiro (a) poderá se cansar destas demandas culminando em divórcio. Os EDR produzem emoções e/ou somatizações intensas, assim como comportamentos autodestrutivos, experiências interpessoais negativas ou prejuízo aos outros. Além disso, impedem que o indivíduo atinja as suas necessidades básicas de autodeterminação, independência, relação interpessoal, validação, espontaneidade e limites realistas que são características importantes para uma relação satisfatória. São sentidos como “certos” e, por serem autoperpetuadores, são altamente resistentes à mudança. Embora

causando sofrimento significativo, são confortáveis e familiares ao indivíduo, que só sabe funcionar daquela maneira. Logo, conduzir e manter um relacionamento dentro de padrões saudáveis e satisfatórios é uma tarefa que demanda flexibilidade ideológica, compreensão sobre esquemas iniciais desadaptativos e habilidade de comunicação (saber ouvir e saber se expressar adequadamente). Muitas vezes, quando isto não ocorre, os cônjuges se encontram em uma relação deficitária e disfuncional gerando um desajustamento que resulta em situações de estresse, depressão e crises de ansiedade, podendo assim comprometer ainda mais a saúde física e mental do indivíduo. Além disto, uma relação disfuncional tem como um de seus efeitos o divórcio que apresenta conseqüências negativas não somente para o casal, mas também para os filhos, familiares e para a sociedade no geral. Pensando na importância de desenvolver relacionamentos conjugais mais saudáveis, pode-se considerar que além da necessidade de inativação dos esquemas disfuncionais pessoais, a empatia é um dos fatores principais para atingir tal objetivo. Estudos apontam que a capacidade de ouvir e compreender, bem como de demonstrar sensibilidade frente às necessidades dos outros (empatia) constitui um dos fatores importantes para um casamento feliz, na medida em que, ao se sentir ouvido e compreendido, o cônjuge se sente mais seguro e valorizado. Assim, o trabalho pretende esclarecer a relação entre os esquemas de funcionamento individual com a capacidade empática e a satisfação conjugal.

Palavras-chave: Esquemas; Empatia; Satisfação conjugal

12.4 FORMULAÇÃO DE CASO NA TERAPIA COGNITIVA COM CASAIS: UMA REVISÃO.

Raphael Fischer (Universidade Estácio de Sá, UNESA, Rio de Janeiro, RJ).

A formulação de caso é uma hipótese sobre a natureza das dificuldades psicológicas que subjazem as aflições apresentadas por um paciente. A formulação é uma bússola para o terapeuta, isto é, um guia para o tratamento de qualquer transtorno psiquiátrico. Os problemas conjugais têm afetado negativamente um número enorme de casais no Brasil. A formulação de caso também é utilizada como uma pedra angular na terapia cognitiva de casal. Objetivo deste trabalho é apresentar os elementos-chave da formulação de caso na terapia cognitivo-comportamental e como ela pode ser utilizada no tratamento de casais em conflito. Foram realizadas buscas sistemáticas na literatura científica contendo as seguintes palavras casais: terapia cognitivo-comportamental; formulação de caso; *couples*; *cognitive-behavioral therapy for couples*; *case formulation*. A busca foi delimitada ao período de 1980 à 2012. Basicamente quatro bases de dados bibliográficas foram pesquisadas: *Psycinfo* (*American Psychological Association*); *Medline/Pubmed*; *Ovid*; *IndexPsi* (Conselho Federal de Psicologia). Além disso, foram revisados livros nacionais e internacionais referentes ao tema. O processo de formulação de caso na terapia cognitiva envolve três elementos-chave. O primeiro é a avaliação do casal que pode ser feita através de entrevistas clínicas estruturadas e inventários desenvolvidos para esta população específica. Entre as escalas adaptadas para a população brasileira destacam-se a Escala de Satisfação Conjugal e a Escala de Ajustamento Conjugal. O segundo elemento é a conceituação cognitiva, onde as informações obtidas nas sessões de avaliação são utilizadas para o desenvolvimento de uma hipótese sobre os problemas do casal. O terceiro elemento é o tratamento, onde com base na conceituação das dificuldades conjugais são utilizadas técnicas cognitivas, emocionais e comportamentais. Conforme a terapia vai prosseguindo, o psicólogo pode voltar, repetidamente, a fase de avaliação do casal. O objetivo é coletar novos dados para monitorar o processo e progresso da terapia. Além disso, os dados podem ser utilizados para revisar a conceituação cognitiva e as

intervenções necessárias aos problemas específicos do casal em atendimento. Pesquisas norte-americanas consideram-se o processo de formulação de caso fundamental para o tratamento de diferentes transtornos psiquiátricos. Contudo, ainda são necessárias pesquisas baseadas em evidências para verificar os benefícios deste procedimento no tratamento de problemas conjugais em nosso país.

Palavras-Chave: Formulação de Caso; Terapia cognitiva; Casais.

13. NOVOS DESAFIOS DA TERAPIA COGNITIVO COMPORTAMENTAL

Coordenadora: Priscilla Lourenço – Doutoranda em Saúde Mental - Laboratório de Pânico e Respiração; Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ; Mestre em Psicologia Clínica – Instituto de Psicologia- UFRJ

A Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC), uma abordagem focal e baseada no empirismo colaborativo, visa promover a mudança de crenças disfuncionais e comportamentos inadequados que geram e/ ou mantêm sinais e sintomas psicopatológicos. Esforços para demonstrar a eficácia da TCC têm sido empreendidos e demonstrados em estudos sistemáticos. Hoje, a TCC é a forma de terapia mais indicada para a maioria dos transtornos de ansiedade e humor, entre outros. Contudo, diversos novos problemas específicos têm surgido na literatura, chamando a atenção por apresentarem-se como desafios à prática clínica. O objetivo da presente mesa é apresentar alguns novos quadros nos quais a TCC já tem sido utilizada de forma efetiva, e também aqueles nos quais pode contribuir, além de propor novos recursos que vêm auxiliar no tratamento psicológico. O primeiro trabalho apresenta uma discussão sobre o medo de dirigir, um transtorno que acomete uma parcela importante da população e gera, na maioria dos casos, diversos prejuízos funcionais. Ainda não totalmente classificado, é um problema abrangente, onde a ansiedade tem papel fundamental e pode ser eliciada por diversos fatores. Atualmente, protocolos têm sido elaborados e aplicados visando demonstrar a eficácia das técnicas cognitivo comportamentais em seu tratamento. O segundo trabalho trata do transtorno de comprar compulsivo, objeto de estudos que visam esclarecer a sua etiologia e sua íntima interação com os transtornos de ansiedade, como o transtorno obsessivo-compulsivo. O objetivo do trabalho é demonstrar o modelo cognitivo da compulsão por compras. No terceiro trabalho, é apresentada uma nova disfunção sexual caracterizada por respostas fisiológicas de excitação sexual, percebidas como intrusivas e indesejadas, que não são relacionadas a estímulos sexuais. O objetivo do trabalho é apresentar as hipóteses etiológicas, critérios diagnósticos e modelo cognitivo do transtorno, onde a ansiedade tem um papel fundamental na manutenção do mesmo. O quarto trabalho apresenta o uso do vídeo game Nintendo Wii™ como ferramenta de apoio na área da saúde e, mais especificamente, como adjuvante no tratamento de alguns transtornos mentais e para o apoio em processos de reabilitação cognitiva, além de possibilitar uma melhora na qualidade de vida dos pacientes. A sua utilização seria uma alternativa para diversificar possibilidades de atuação e engajar pacientes no tratamento cognitivo comportamental. As pesquisas sugerem que o uso de jogos tem uma influência positiva no resultado do tratamento.

13.1 ATUALIZAÇÕES SOBRE MEDO DE DIRIGIR E TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL

Jessye Almeida Cantini, Adriana Cardoso Silva. (Laboratório de Pânico e Respiração, Instituto de Psiquiatria, Universidade Federal do Rio de Janeiro, LABPR/IPUB/UFRJ).

Dirigir é algo importante na vida na sociedade contemporânea, um comportamento corriqueiro realizado por grande parte da população. Por isso mesmo, aqueles que necessitam ou têm o desejo de conduzir um veículo e não conseguem podem experimentar sensações de fracasso, de frustração e crenças de falta de liberdade. Muitas vezes, as pessoas evitam dirigir por sentirem medo e ansiedade. O objetivo deste trabalho é, a partir de uma revisão bibliográfica, informar sobre o medo de dirigir e fornecer bases para um tratamento eficaz segundo o enfoque da terapia cognitivo-comportamental. Não há estudos suficientes para determinação de dados confiáveis sobre a prevalência do medo de dirigir, mas pesquisas indicam que este problema atinge cerca de 7% da população geral, que a maioria das pessoas com este problema é do sexo feminino e que a idade não parece ser um fator determinante. Há evidências de que o medo de dirigir nem sempre esteja associado a evento traumático e que não necessariamente acidentes levem a medo mais intenso. Apesar de os primeiros estudos sobre o tema terem como foco as consequências psicológicas de vítimas de acidentes de trânsito, hoje entende-se que a aquisição desse medo é bastante variável, havendo relevância significativa da forma não associativa de se adquirir este problema. Logo, entende-se que o medo de dirigir é uma questão bastante abrangente e de difícil classificação, pois a ansiedade pode ser eliciada por inúmeras questões. Pesquisas apontam que o medo de dirigir pode estar relacionado aos mais diversos transtornos de ansiedade, e não somente a uma fobia específica. A Terapia Cognitivo-Comportamental tem se mostrado uma boa opção para o tratamento dos transtornos ansiosos. Para um tratamento eficaz do medo de dirigir, é importante que o terapeuta realize uma anamnese detalhada e que tenha uma boa compreensão do sistema de crenças e do padrão comportamental do paciente. Além disso, o profissional deverá se atentar para a habilidade que o paciente tem na direção. Este, por sua vez, é um fator fundamental para a avaliação do medo e para a condução do tratamento, já que a pessoa que não tem conhecimento e experiência no trânsito ou sobre o carro poderá se expor a riscos elevados caso venha a dirigir sem treinamento prévio. Ao formular um plano de tratamento, técnicas como a psicoeducação e a reestruturação cognitiva são bastante úteis, além de um programa de treinamento especializado que vise aumentar as habilidades na direção e dessensibilizar o paciente quanto aos seus medos de forma progressiva e sistemática.

PALAVRAS-CHAVE: Medo de Dirigir, Terapia Cognitivo-Comportamental, Tratamento.

13.2 O TRANSTORNO DAS COMPRAS COMPULSIVAS: PROPOSTAS NA CONSTRUÇÃO DE UM MODELO COGNITIVO-COMPORTAMENTAL.

Priscilla Lourenço Leite, Antônio Egídio Nardi, Adriana Cardoso Silva. (Laboratório de Pânico e Respiração, Instituto de Psiquiatria, Universidade Federal do Rio de Janeiro, LABPR/IPUB/UFRJ)

O transtorno do controle do impulso de compras compulsivas ou oniomania pode ser caracterizado como um impulso quase irresistível de obter diversos itens. Ocorre em resposta às emoções negativas e tende a reduzir o impacto das mesmas, produzindo, paliativamente, emoções imediatas, positivas ou tidas como sendo prazerosas. Atualmente o transtorno da compra compulsiva é classificado como transtorno do controle do impulso. Originalmente descrito por Kraepelin, em 1915, como um impulso patológico para o ato de comprar, a oniomania costuma ser predominante no sexo feminino, com idades entre 18 e 30 anos, de classe média. Estima-se que a taxa de prevalência do transtorno seja em torno entre 5% a 8% na população mundial, contudo, até o presente momento, não existem evidências que comprovem que o transtorno esteja crescendo em prevalência. O problema tem sido

encontrado, sobretudo em países desenvolvidos e sua causa pode estar correlacionada ao alto nível de industrialização dos países em questão e os principais problemas causados pelas compras compulsivas são: dívidas, incapacidade em efetuar pagamentos, conseqüências jurídicas e financeiras e sentimentos de culpa. Alguns autores definiram o ato de comprar compulsivamente como tendo um caráter crônico, patológico e destrutivo, e ressaltaram ainda a dificuldade em interromper tal comportamento. A etiologia e os mecanismos de ação que impulsionam a compra compulsiva têm sido o vértice do novo campo de estudo acerca deste transtorno. Estima-se que o ato de gastar excessivamente exija o recrutamento e desregulação de diferentes circuitos cerebrais responsáveis pela tomada de decisão. Alguns estudos clínicos sinalizam que o citalopram, um inibidor seletivo da recaptção da serotonina (ISRS), pode apresentar algum resultado benéfico na prevenção da recaída para compulsão por compras em pacientes com o transtorno. Resultados preliminares sugerem que a terapia cognitivo-comportamental apresenta efeitos promissores, em sua modalidade grupal, no tratamento terapêutico, para a compra compulsiva. Por não existir um padrão estabelecido, o presente estudo objetiva a compreensão do modelo cognitivo-comportamental da compulsão por compras, a partir da contemplação e estudo mais acurado da etiologia do transtorno em questão, através de uma breve revisão literária. A partir da associação dos aportes do desenvolvimento do transtorno das compras compulsivas, em comorbidade ao colecionismo patológico, verifica-se quatro fases distintas que auxiliam na conceitualização de seu modelo: (1) Antecipação à compra, (2) gatilhos internos/ externos, (3) o ato de comprar e finalmente, (4) pós-compra. As relações e interações e a forma como os fatores afetivos e comportamentais podem se auto-reforçarem, tornando crônico e repetitivo o padrão das compras compulsivas, entre estas fases de identificação são, as hipóteses do modelo cognitivo-comportamental do transtorno em questão.

PALAVRAS- CHAVE: Transtorno das Compras Compulsivas, Terapia Cognitivo-Comportamental, Modelo Cognitivo-Comportamental.

CAPES - Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior

13.3 TRANSTORNO DA EXCITAÇÃO GENITAL PERSISTENTE: UM NOVO DESAFIO NO TRABALHO CLÍNICO

Valeska Martinho Pereira; Antônio Egídio Nardi; Adriana Cardoso Silva (Laboratório de Pânico e Respiração, Instituto de Psiquiatria, Universidade Federal do Rio de Janeiro, LABPR/IPUB/UFRJ).

Disfunções sexuais são perturbações nos processos que caracterizam o ciclo de resposta sexual ou por dor associada com o intercuro sexual. Cerca de 50% das mulheres apresenta algum grau de disfunção sexual ao longo da vida, embora nem todas considerem isso um problema. Podem afetar qualquer uma fase do ciclo de resposta sexual (desejo, excitação, orgasmo e resolução), e frequentemente afetam mais de uma fase ao mesmo tempo. A fase da excitação é descrita como o sentimento subjetivo de prazer sexual e alterações fisiológicas concomitantes, tais como vasodilatação das arteríolas presentes nos órgãos sexuais, causando sua intumescência e os preparando para o coito. Na mulher, a vagina se distende e se lubrifica para acomodar o pênis. O Transtorno da Excitação Genital Persistente (TEGP) é um transtorno restrito à mulheres e caracterizado por respostas fisiológicas correspondentes à fase de excitação sexual, que permanece por horas ou mesmo dias, apesar dos esforços para remissão dos sintomas. As mulheres não reconhecem sentimentos subjetivos de desejo e não são capazes de identificar gatilhos que disparem as sensações fisiológicas, além de considerar

tais sensações como intrusivas, indesejáveis e espontâneas. De acordo com o relato das pacientes, vários orgasmos são necessários para dissipar os sintomas, e com o tempo muitas acabam evitando qualquer tipo de contato sexual por medo de ativá-los. Desde seu primeiro relato na literatura, tentativas de estabelecer seus critérios diagnósticos, etiologia, fatores de risco e mantenedores, tem sido empreendidas por diversos pesquisadores. A epidemiologia do transtorno não está estabelecida, mas estudos sugerem uma relação entre o TEGP e a presença de varizes. Também existem indícios de uma relação entre o TEGP e o uso de medicação antidepressiva, em especial os Inibidores Seletivos de Recaptação de Serotonina (ISRS). A ansiedade e crenças disfuncionais a respeito das respostas fisiológicas e sobre a própria sexualidade parecem ter um papel na manutenção do transtorno. Dessa forma, foi estabelecido um modelo cognitivo que visa explicar de que forma a hipervigilância a alterações corporais acaba por exacerbar as respostas fisiológicas, agravando ainda mais o quadro. O objetivo do trabalho é, através da revisão da literatura sobre o tema, apresentar os critérios diagnósticos do mesmo, diferenciá-lo de outras disfunções sexuais, da compulsão sexual e hipersexualidade; apresentar as hipóteses sugeridas por pesquisadores do tema; o modelo psicológico que visa explicar como o transtorno se mantém e seu impacto na saúde mental das pacientes; e as possibilidades de tratamento até então utilizadas, além de procurar esclarecer de que forma a terapia cognitivo comportamental pode contribuir para seu tratamento.

PALAVRAS-CHAVES: disfunção sexual; feminina; transtorno da excitação.

13.4 POSSIBILIDADES DE UTILIZAÇÃO DO VÍDEO GAME NINTENDO WII™ COMO ADJUVANTE NAS PRÁTICAS TERAPÊUTICAS.

Tamires Marinho Pessoa; Danielle Coutinho; Antonio Egídio Nardi; Adriana Cardoso Silva. (Laboratório de Pânico e Respiração, Instituto de Psiquiatria, Universidade Federal do Rio de Janeiro, LABRP/IPUB/UFRJ).

O surgimento de novas tecnologias em diversos campos de atuação humana proporcionam formas inovadoras de acesso e interação envolvendo pessoas. O campo de saúde também pode se beneficiar dessas inovações tecnológicas desenvolvendo, com base nas mesmas, inovações de processos e serviços. Na área de lazer, observamos ao longo dos últimos anos as modificações apresentadas pelas principais indústrias de videogames, que com o desenvolvimento de novos hardwares e softwares, incorporaram novas formas de interação homem-equipamento que possibilitam maior exploração de habilidades motoras e cognitivas. O videogame Nintendo Wii™ (NW), que começou a ser comercializado em 2006, pode ser considerado um marco nesse campo devido ao pioneirismo de sua proposta que substituiu o tradicional “joystick”, em que o sujeito operava o equipamento apenas com a movimentação de seus dedos, pelo “Wiimote”, que é dotado de um acelerômetro que detecta movimentos em três dimensões transmitindo a informação ao console que, além de recebe-las, também é capaz de trocar mensagens e efetuar atualizações de sistema por meio da internet. Sendo atualmente um dos consoles de videogame para uso doméstico mais vendidos, tem como característica possuir jogos fáceis e adequados a diferentes públicos que são projetados para ser divertidos e interativos, incentivando a prática dos mesmos com várias ferramentas motivacionais, como músicas, playback e bônus, fazendo com que o usuário repita as tarefas buscando um melhor desempenho. Existem jogos com diversas finalidades, desde os “cognitivos”, que dão foco a atenção, memória e habilidade motora; passando por aqueles que têm ênfase no controle motor e, ainda, alguns jogos que oferecem possibilidades de interação social. Tais jogos visam oferecer ao consumidor desde aprimoramento físico e cognitivo até um maior bem estar. Devido às características técnicas, fácil acesso, baixo custo do NW quando comparado a

outras tecnologias, possibilidade de utilização pelo paciente em seu próprio domicílio e também pelo caráter lúdico que facilita a adesão à proposta terapêutica, a área da saúde vem cada vez mais estudando sua adequação como adjuvante em diversos tratamentos, inclusive na área de saúde mental. Estudos em populações de pacientes deprimidos, com acidente vascular cerebral, em reabilitação cognitiva e também em casas de repouso onde se destacam.. Além disso, nota-se estudos que buscam compreender melhor a relação existente entre os “avatares” gerados pelos sujeitos e fatores relacionados à sua própria autoimagem ou mesmo forma de interação social. Ainda, já é presente na literatura estudos de desenvolvimento tecnológico, em sua maioria ligados aos jogos (softwares), com finalidade especificamente terapêutica, aumentando a possibilidade de utilização do NW nessas práticas. Apesar dos bons resultados encontrados nos trabalhos existentes, é necessária a realização de novos estudos, principalmente ensaios clínicos randomizados, para uma melhor avaliação do emprego do vídeo game e, especificamente do NW, em programas terapêuticos.

Palavras-chave: vídeo game, novas tecnologias, saúde mental, terapia.

14. TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL: CASOS CLÍNICOS.

Coordenadora: Andréa Goldani (Universidade Estácio de Sá – Nova Friburgo/RJ).

A Terapia cognitivo-comportamental é uma abordagem clínica que pretende atender as demandas imediatas da vida do sujeito. Para isso se apresenta focal, definida no tempo e pragmática. Atualmente é a prática clínica mais pesquisada e indicada pelos demais profissionais de saúde. Vários trabalhos comprovam sua eficácia no tratamento de transtornos do eixo I do DSM IV e também, mas em menor escala, para os transtornos de personalidade. Tem como pressuposto que os pensamentos disfuncionais provocam emoções e comportamentos desadaptativos levando aos sintomas, isto é, quanto mais distorções cognitivas o sujeito faz, maiores são os sintomas e conseqüentemente os problemas atuais. Dessa forma, reestruturar as cognições em parceria com os clientes é o maior objetivo da TCC, para tal se utiliza de algumas estratégias, tais como, o empirismo colaborativo, o questionamento socrático, o confronto empático, as técnicas de relaxamento, os registros de pensamentos disfuncionais dentre outras com igual importância. Esta mesa tem como objetivo apresentar casos clínicos atendidos na referida abordagem com resultados positivos significativos. São quatro casos; sendo o primeiro de uma mulher, 50 anos, em processo de menopausa que vem apresentando sintomas depressivos inconformada com as perdas associadas ao momento de vida, casada, mãe de dois filhos, já com histórico de depressão pós-parto, possui as crenças de desamparo e de desamor que muito interferem nas suas relações psicossociais e vem influenciando negativamente no seu momento atual. Em seguida será discutido o caso de um jovem com problemas de habilidades sociais que o impediam de atuar academicamente, profissionalmente e nas relações interpessoais eficazmente. Muito reflexivo e pouco ativo, se utilizava da estratégia compensatória de evitação para confirmar sua crença central de desvalor. O terceiro caso diz respeito a uma jovem adulta com quadro ansioso significativo, apresentando medos específicos e comportamento perfeccionista. A falta de assertividade e a necessidade constante de agradar ao outro trazia insatisfação e descontentamento. O último caso refere-se a um homem adulto jovem deprimido e com perfil dependente, com crenças de incapacidade e incompetência, sendo pouco assertivo, deixava que sua vida fosse encaminhada e decidida pelos outros.

Palavras-chave: Terapia cognitivo-comportamental, casos clínicos e relação terapêutica.

14.1 RELAÇÃO TERAPÊUTICA E O TRATAMENTO COGNITIVO-COMPORTAMENTAL DA DEPRESSÃO: ESTUDO DE CASO.

Andréa Goldani (Universidade Estácio de Sá – Nova Friburgo/Rio de Janeiro); Cleyton Brust Marins (Hospital São Lucas-NF e Clínica Particular); Anna Carolina Estefan (Universidade Estácio de Sá – Nova Friburgo/RJ) e Fernanda Barroso de Carvalho (Universidade Estácio de Sá – Nova Friburgo/RJ)

O presente trabalho pretende demonstrar que a relação terapêutica interfere de forma significativa no tratamento cognitivo-comportamental da depressão. J. é uma mulher de meia idade casada, mãe de dois filhos sendo um adulto e um adolescente. A paciente em questão apresenta um histórico de depressão pós-parto com uso prolongado de fluoxetina. Segundo relato, dessa forma sentia-se bem, se quer se lembrava da depressão e que as coisas só começaram a piorar significativamente depois do início da menopausa. Estudos mostram que as alterações hormonais associadas à menopausa podem ter interferência direta sobre o humor da mulher. J. não trabalha atualmente e passava grande parte do tempo deitada, chorando, apresentava de forma expressiva a distorção cognitiva da vitimização. Em virtude das suas crenças de desamor e desamparo solicitou atenção demasiada da terapeuta, o que evidenciou a necessidade de acolhimento. Através do confronto empático intencionou-se levá-la a perceber como fazia e agia com as demais pessoas do seu entorno, sendo assim, o trabalho da empatia e da assertividade na relação terapêutica parece ter sido decisivo para a evolução do caso. A vivência das emoções com o terapeuta, respeitando as condições de neutralidade, pôde auxiliar na reeducação das relações interpessoais do paciente. Foram utilizadas as seguintes estratégias com a paciente, inventários de avaliação dos sintomas de depressão, registro de pensamentos disfuncionais, psicoeducação sobre pensamentos automáticos e evidências, curtograma e agenda a fim de intervir junto a rotina da paciente que se encontrava ociosa, exercícios de relaxamento, inundação imaginária e auto-monitoramento. O primeiro BDI aplicado (Inventário de depressão de Beck) indicou escore 32, o que indica nível elevado de depressão. Atualmente vem fazendo reposição hormonal e acompanhamento psiquiátrico utilizando Lexapro, após um ano de terapia demonstra maior motivação pelas tarefas da casa, atividades esportivas e externas, quando interage com outras pessoas. Demonstra habilidades manuais e gosto especial pela estética o que tem a colocado em constante atividade apoiada por outras mulheres de um grupo social do qual faz parte. O resultado do último BDI foi 18, o que indica uma redução expressiva mesmo que ainda a deixe no nível moderado de depressão.

14.2 AVALIAÇÃO E TRATAMENTO COGNITIVO-COMPORTAMENTAL DA DEPRESSÃO: RELATO DE CASO.

Cleyton Brust Marins (Hospital São Lucas-NF e Clínica Particular); Andréa Goldani (Universidade Estácio de Sá – Nova Friburgo/RJ); Anna Carolina Estefan (Universidade Estácio de Sá – Nova Friburgo/RJ) e Fernanda Barroso de Carvalho (Universidade Estácio de Sá – Nova Friburgo/RJ)

Denis é um homem de 35 anos, graduado em Direito e divorciado há aproximadamente dois anos. Buscou tratamento psicológico com queixa de tristeza, diminuição de prazer, insônia, desesperança e diminuição de libido e apetite. Os dados do o BDI (32), e do BAI (23), sugeriram quadro de depressão e ansiedade moderada. Disse apresentar dificuldade em manter a ereção na relação sexual. O quadro depressivo de Denis é recorrente e teve início aos 19 anos, a partir da morte do irmão, com quem mantinha constantes conflitos. Antes desse incidente, Denis havia brigado seriamente com o irmão, razão pela qual se sentiu culpado pela sua morte. Apresenta dificuldades em se comportar assertivamente, o que contribui para

freqüentes sentimentos de raiva, seguidos de culpa, por ser “mau” e de comportamentos compensatórios de subjugação. Tal padrão, aliado a sentimentos de culpa, parece influenciar (e ser influenciado pelas) suas relações sociais, além de contribuir para o quadro depressivo recorrente. O casamento de cinco anos terminou por este se sentir saturado e infeliz com o estilo crítico e abusivo da esposa e com a sua incapacidade de estabelecer limites para esses abusos. Mesmo assim, ele repete os mesmos padrões com a namorada atual, que também é crítica, exigente e abusiva. Na infância, Denis era quieto e tímido, com dificuldades para iniciar conversas. Além disso, relata haver sofrido *bullying* na escola. Na adolescência, saía pouco de casa e sentia dificuldades para se aproximar de meninas. Sua mãe é relatada como superprotetora e o pai como frio e distante. A conceituação cognitiva de C. revelou crenças nucleares do tipo: “Sou uma pessoa ruim”, “Sou um fraco”, “Não tenho valor”; as crenças intermediárias são “Se eu magoar alguém, sou uma pessoa ruim”, “Se fracassar sexualmente, sou um fraco”, “Serei abandonado, pois não tenho valor”; e as estratégias compensatórias são uso de Viagra, buscar sempre agradar os outros e ser submisso. Tais crenças relacionam-se a um esquema prevalente de Dependência/Incompetência. O estilo de enfrentamento desadaptativo é o de resignação ao esquema, o que o faz buscar nas suas relações interpessoais pessoas abusadoras/dominadoras e que tomem as decisões por ele. Tal esquema o mantém excessivamente tolerante diante dos abusos das outras pessoas, gerando raiva e culpa por esse sentimento, com subsequente subjugação, mantendo assim um círculo interacional disfuncional e vicioso, o que contribui para perpetuar o seu esquema e suas crenças nucleares. Além de prover maior autoconhecimento sobre os dados da história de Denis que contribuíram para os seus padrões, os quais explicam os seus problemas atuais, o tratamento utilizou procedimentos de reestruturação cognitiva e testes da realidade, assim como incentivo à busca de autonomia. Os principais procedimentos que focalizavam a eliminação dos sintomas depressivos, assim como a mudança das crenças que mantinham os problemas de Denis incluíram: 1) monitoramento e planejamento de atividades; 2) registro de pensamento e questionamento socrático; 3) torta de responsabilidades; 4) dramatizações através de jogos de papéis. A terapia durou de janeiro a dezembro de 2010. Após cinco meses a partir do início da terapia, Denis já apresentava uma redução importante do quadro depressivo. Não somente os sintomas depressivos haviam desaparecido como também o escore do BDI reduziu-se de depressão grave (32) para depressão não clínica (8). Da mesma forma, os sintomas de ansiedade também se reduziram. Embora a ansiedade do cliente fosse inicialmente apontada no BAI como moderada (23), esta decaiu para baixa (5). Além disso, tem se comportado de forma mais assertiva e estabelecido limites no comportamento da namorada e de outras pessoas que o cercam. Denis atualmente está tendo sessões de *follow-up* semestrais e os escores dos inventários citados acima (BDI e BAI) apresentaram queda o que veio confirmar a eficácia do tratamento proposto.

Palavras chave: Terapia cognitivo-comportamental, conceituação cognitiva, caso clínico

14.3 A IMPORTÂNCIA DE UM DIAGNÓSTICO: RELATO DE CASO.

Anna Carolina Estefan (Universidade Estácio de Sá -Nova Friburgo/RJ); Cleyton Brust Marins (Hospital São Lucas-NF e Clínica Particular); Andréa Goldani (universidade Estácio de Sá – Nova Friburgo/RJ) e Fernanda Barroso de Carvalho (Universidade Estácio de Sá – Nova Friburgo/RJ)

O objetivo do presente trabalho é apresentar um caso de transtorno de ansiedade generalizada que foi tratado durante um ano como transtorno obsessivo compulsivo, no qual, a medicação deixou a paciente com graves prejuízos funcionais e sociais. M. é uma mulher de 27 anos,

casada, sem filhos, formada em letras que trabalha como auxiliar de creche. Há cerca de dois anos M. desmaiou no trabalho e foi levada para um hospital onde recebeu o diagnóstico de “pico de depressão”. Apesar de estranhar o diagnóstico, pois não se sentia triste, nem desanimada voltou ao consultório do psiquiatra que lhe atendera para dar continuidade ao tratamento. Então, ao ouvir o relato da família e de M. recebeu um novo diagnóstico e iniciou o tratamento para transtorno obsessivo compulsivo. O fato determinante para realização do diagnóstico é o comportamento de M. em limpar a casa (o “limpa-limpa” como ela denomina). Assim, M. iniciou um tratamento farmacológico que a deixou “diferente, outra pessoa”, estava desanimada, triste, parou de trabalhar, de cozinhar, limpar a casa e se comportava de uma maneira incoerente com a sua personalidade como dizer palavras. Ainda, relata que não se lembra de diversos fatos dessa época. Em janeiro de 2011 ela perdeu sua consulta ficando sem a medicação. Percebeu, então, uma melhora no seu quadro e então suspendeu por conta própria o tratamento. Meses depois aceitou se consultar com outro médico que constatou que ela estava muito ansiosa, mas não tinha TOC e a encaminhou para o Serviço de Psicologia Aplicada da Universidade Estácio de Sá. M. está respondendo positivamente a terapia cognitiva. O tratamento está na décima oitava sessão e já apresenta melhoras significativas no funcionamento de M. Para a avaliação do caso além da entrevista foi utilizado o Inventário Beck de Ansiedade que inicialmente teve um escore de 25 e nas últimas sessões abaixou para o escore 11. A paciente estabeleceu as seguintes metas para o tratamento: diminuir a ansiedade, ser mais segura, perder o medo de dirigir e ficar mais fortalecida. As técnicas utilizadas foram as da terapia cognitivo-comportamental padrão: psicoeducação sobre ansiedade e pensamentos automáticos, registro de pensamento disfuncional, cartões de enfrentamento, relaxamento progressivo-muscular, respiração diafragmática, questionamento socrático, dessensibilização sistemática e técnica de resolução de problemas. Os conteúdos dos pensamentos disfuncionais da paciente envolvem medo de que algo ruim aconteça com as pessoas que ela ama que está diretamente relacionado a crenças como “Sou cuidadora”, “Os outros estão em perigo”, “Os outros precisam de mim.” e “Não posso errar, pois sou o porto seguro das pessoas.”, medo excessivo de errar e da avaliação dos outros ligado a crenças como “Sou incapaz”, “Sou incompetente”, “Sou insegura”, “Pessoas desorganizadas não tem o controle.” E “Devo estar sempre no anonimato.” Suas estratégias compensatórias geralmente estão ligadas a evitação e supercompensação. O “limpa-limpa” é uma estratégia compensatória de situações de estresse como brigar com familiares. O relato de caso de M. nos mostra a fundamental importância de um diagnóstico correto que norteie um tratamento.

Palavras-chave: Diagnóstico; TCC; Ansiedade

14.4 HABILIDADES SOCIAIS: UM ESTUDO DE CASO

Fernanda Barroso de Carvalho (Universidade Estácio de Sá- Nova Friburgo/RJ); Cleyton Brust Marins (Hospital São Lucas-NF e Clínica Particular); Andréa Goldani (universidade Estácio de Sá – Nova Friburgo/RJ) e Anna Carolina Estefan (Universidade Estácio de Sá – Nova Friburgo/RJ)

Com o desastre natural ocorrido na região serrana do estado do Rio em janeiro de 2011, muitas pessoas precisaram de atendimento psicológico e procuraram o Serviço de Psicologia Aplicada da UNESA – Campus Nova Friburgo. Dentre eles um rapaz de 18 anos (atualmente 20) com a queixa inicial de que sente-se mal em lugares fechados, ou principalmente lugares em que haja muitas pessoas. Começa a ter dormência nas mãos, nos braços e até na ponta do nariz, os batimentos cardíacos aceleram e pensa que vai desmaiar, então ele sai do local onde

está e melhora (Crises de Pânico). A partir disso, foi feito um trabalho com este paciente voltado para amenizar sua ansiedade como relaxamentos, Inventário, ACALME-SE e Registro de Pensamentos. Assim que iniciamos a investigar um pouco mais da história de vida deste paciente, nos deparamos com problemas familiares significantes que dificultam sua liberdade e privacidade. Conta que quase não tem amigos e que seu interesse por meninas é restrito, não gosta de quem não gosta das mesmas coisas que ele, se demonstra intolerante quanto à mídia e é radical em suas opiniões. Nesta época da terapia, surgiu a notícia nos jornais do Massacre de Realengo onde houve um assassinato em um Escola Municipal na cidade do Rio de Janeiro. Um homem, de 23 anos, invadiu a escola armado e disparou contra os alunos presentes, matando doze deles. O assassino foi interceptado por policiais, cometendo suicídio. Foi então que o paciente diz o quanto sofria com um histórico de bullying. Assim, foi preenchido o Inventário de Habilidades Sociais o qual apontou diversas dificuldades de T. e situações das quais ele se esquivava. Neste momento do tratamento, o paciente não apresentava mais sintomas de Transtorno do Pânico e optou por continuar em terapia entendendo que havia outras questões que poderiam estar trazendo e/ou aumentando seu grau de ansiedade. A partir desta decisão, diversas técnicas foram utilizadas, dentre elas: exposição in vivo, distorções cognitivas, treino social, relaxamentos, continuum, hierarquização de situações que geram ansiedade (dessensibilização sistemática), registro de humor, lista de tarefas de casa, expressões faciais, role-play, conceituação cognitiva, resolução de problemas, lista dos direitos humanos universais. Alguns outros temas também foram trabalhados em conjunto, pois entende-se que para ter habilidades sociais, deve-se ser assertivo e empático. O paciente encontra-se em processo de alta por já ter alcançado alguns resultados satisfatórios como, por exemplo: Faz caminhadas, modificou sua rotina, conversa mais facilmente com as pessoas, fez mais amizades via internet e fez Orkut e facebook, trabalhou com um professor de arte, fazendo pinturas, fez o Curso AutoCad – Microlins o que gerou 5 entrevistas de emprego, distribuiu currículos, foi convidado por uma professora para dar aulas de artes em um projeto dela, e conversaram com um vereador sobre isto, realizou curso sobre desenho, pensando em fazer faculdade de filosofia.

Palavras Chaves: Habilidades Sociais, Caso clínico, Transtorno do Pânico

15. TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL DA DEPRESSÃO PÓS-PARTO

Coordenadora: Fernanda M. Pereira (Programa de Pós-Graduação em Psicologia da UFRJ).

A Depressão Pós-Parto (DPP) vem despertando cada vez mais o interesse de pesquisadores, sendo considerada em alguns países um problema de saúde pública. Apesar do grande número de publicações sobre o tema, esse é um quadro que ainda carece de uma definição universalmente aceita. Os sistemas classificatórios psiquiátricos da Associação Americana de Psiquiatria e da Organização Mundial de Saúde não consideram que os sintomas depressivos no puerpério constituam uma entidade nosológica independente, ou seja, não diferenciam os sintomas depressivos no pós-parto daqueles que ocorrem em outros momentos na vida das mulheres. No entanto, mesmo frente a essa indefinição, o termo é utilizado amplamente, tanto pelo público leigo como pelos profissionais de saúde. A maioria dos autores parece considerar a DPP como um episódio de Depressão Maior que pode ocorrer a partir das duas primeiras semanas até um ano após o nascimento criança. O objetivo dessa mesa redonda é realizar uma discussão sobre o tema, através de três apresentações. A primeira exposição tem como objetivo definir a DPP, diferenciando-a dos outros quadros puerperais, e apresentar dados em relação a sua prevalência, fatores de risco e impacto na relação mãe-bebê. Na segunda

apresentação, será feita uma análise crítica das propostas de tratamento cognitivo-comportamental para a DPP publicadas nos artigos científicos, através de uma revisão bibliográfica feita a partir das principais bases de dados. Por fim, o terceiro trabalho terá como objetivo apresentar o desenvolvimento e resultados parciais de uma pesquisa de doutorado pertencente ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro que procura investigar a prevalência da DPP e adesão a uma proposta de tratamento cognitivo-comportamental em uma amostra de mulheres pertencente à Maternidade Escola da UFRJ. Pretende-se, através dessa mesa-redonda, apresentar um tema ainda pouco explorado pela abordagem cognitivo-comportamental mas de fundamental importância na área da Saúde da Mulher.

15.1 DEPRESSÃO PÓS-PARTO: CARACTERIZAÇÃO E DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Fernanda M. Pereira, Bernard Rangé, Bianca Torres, Imira Fonseca (Programa de Pós-Graduação em Psicologia da UFRJ).

A maternidade pode incitar uma série de transformações na vida da mulher tanto no aspecto biológico quanto psicológico e social. Tantas mudanças podem provocar uma ambivalência entre o desejo e o medo de ser mãe, acarretando sofrimento emocional. Embora o nascimento de um filho seja comumente associado à realização e felicidade, cerca de 10% a 15% da população pode apresentar o quadro de depressão pós-parto (DPP). Considerada um problema de saúde pública em alguns países, a DPP caracteriza-se por sintomas típicos da Depressão Maior ocorridos a partir dos primeiros dias do puerpério até um ano após o nascimento do bebê. Assim, esse transtorno de humor pode ser caracterizado por tristeza, apatia, choro fácil, cansaço, insônia, perda de apetite, perda de interesse, sensação de culpa e incompetência em cuidar do bebê. Mulheres que apresentam DPP costumam relatar pensamentos disfuncionais tais como: “sou uma mãe horrível”, “meu filho nunca vai me amar”, “posso causar problemas para a criança”, entre outros. A identificação precoce da DPP se faz importante na medida em que este quadro afeta não só a mãe como também o cônjuge e o bebê. No entanto, este transtorno do humor é geralmente subdiagnosticado e muitas mulheres não procuram ajuda médica ou psicológica porque não aceitam que estão deprimidas, sentem-se culpadas por seus pensamentos e sentimentos ou porque desconhecem a origem de seus sintomas. Outra dificuldade no diagnóstico da DPP é diferenciá-lo de outros transtornos puerperais como a tristeza materna (também chamada de baby blues, blues pós-parto e disforia do pós-parto) e a psicose puerperal (ou psicose do pós-parto). A tristeza materna inclui os sintomas depressivos como o humor deprimido, choro fácil, labilidade do humor, irritabilidade e comportamento hostil, porém o início se dá nos primeiros dias após o parto e remite em no máximo duas semanas. É bem mais comum que a DPP, ocorrendo em cerca de 50% a 85% das puérperas. Esse quadro normalmente não necessita de intervenção farmacológica, e a abordagem é feita no sentido de oferecer suporte emocional, compreensão e auxílio nos cuidados com o bebê. Já a incidência de psicose puerperal é de 1 a cada mil nascimentos e se caracteriza por depressão, delírios, alucinações e pensamentos de ferir o bebê ou a si mesma. Tais sintomas podem ocorrer nos primeiros dias após o parto, mas o mais comum é que surjam duas a três semanas depois e podem ser resultado de algumas condições médicas pré-natais (tais como infecções, intoxicações e perda de sangue). O objetivo desse trabalho é apresentar, a partir de uma revisão bibliográfica sobre o tema, as características da depressão pós-parto, diferenciando-a de outros transtornos puerperais, assim como discutir os principais pensamentos disfuncionais apresentadas por mulheres nessa condição. A identificação do quadro poderá auxiliar o encaminhamento dessas mulheres para o tratamento psicológico, ajudando a diminuir o

sofrimento não só das mesmas como também a melhorar a relação mãe-bebê e da família como um todo.

Palavras-chave: depressão pós-parto, transtornos puerperais, diagnóstico

15.2 TRATAMENTO COGNITIVO-COMPORTAMENTAL DA DEPRESSÃO PÓS-PARTO: UMA ANÁLISE CRÍTICA.

Fernanda M. Pereira; Bernard Rangé; Bianca Torres; Imira Fonseca (Programa de Pós Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro (PPGP/UFRJ, Rio de Janeiro, RJ)

A depressão pós-parto (DPP) é caracterizada por sintomas típicos do quadro de Depressão Maior e pode ser acompanhada por intenso sentimento de culpa e sensação de incompetência para cuidar do bebê. Acomete cerca de 10% das puérperas e tem início insidioso, desenvolvendo-se normalmente entre a segunda e terceira semana após o parto. Estudos mostram que a depressão pós-parto traz prejuízos não só à saúde da mulher como também pode prejudicar o desenvolvimento cognitivo e emocional de seus filhos. Para evitar esses danos, pesquisadores do campo defendem a necessidade da DPP ser diagnosticada o mais cedo possível. Para os casos identificados existem disponíveis opções de tratamento farmacológico e psicoterápico. Em geral, a psicoterapia é a opção mais bem aceita devido à insegurança quanto ao uso dos psicotrópicos no período de amamentação. As linhas de terapia mais relatadas nos artigos científicos são a terapia psicodinâmica, a psicanálise e a terapia cognitivo-comportamental (TCC). Esta última é uma das modalidades de tratamento psicológico mais pesquisada e indicada para a depressão pós-parto. Tendo em vista a pouca produção nacional relacionada à depressão pós-parto, o objetivo desse trabalho é apresentar um panorama dos estudos de TCC para tratamento da depressão pós-parto, fazendo em seguida uma análise crítica das pesquisas publicadas. Como metodologia foi realizada uma busca de artigos nas bases bibliográficas Psycinfo, Web of Science, PubMed, Scielo em novembro de 2011. De uma amostra inicial de 88 publicações, foram selecionados 17 artigos e excluídos artigos de revisão, em língua diferente de português, espanhol, inglês ou francês, artigos em que o tema “tratamento de DPP” não fosse diretamente abordado e publicações em que não foi possível acessar os textos na íntegra. A análise crítica desse material mostrou que não existe um padrão de investigação em relação à eficácia da TCC no tratamento desse transtorno além de que muitas pesquisas apresentam falhas metodológicas. Algumas das deficiências identificadas foram: diagnósticos feitos apenas com uso de escalas, sem ser acompanhados de entrevistas clínicas; pouca utilização de protocolos de tratamento já comprovados ou mesmo divulgados em outros artigos; e uso de técnicas de aconselhamento aplicados por outros profissionais de saúde como clínicos gerais ou agentes de saúde como sendo psicoterapia cognitivo-comportamental. Em relação aos poucos tratamentos de TCC divulgados, verificou-se que a média de sessões nos protocolos era de oito sessões. As técnicas de TCC mais utilizadas foram: psicoeducação, modificação de pensamentos disfuncionais, treino em respiração e relaxamento, manejo de tempo e orientações de como lidar com os filhos mais velhos. O presente trabalho conclui que a continuidade do desenvolvimento de pesquisas de tratamento cognitivo-comportamental para mulheres com depressão pós-parto é de extrema relevância, visto a falta de padronização nos relatos das mesmas e a pouca produção na área. No entanto, para que a efetividade dessas ações seja comprovada, é fundamental que o interesse na área seja acompanhado por um embasamento metodológico mais consistente.

Palavras-chave: depressão pós-parto, tratamento, terapia cognitivo-comportamental

15.3 PREVALENCIA DA DEPRESSÃO PÓS-PARTO E ADESÃO A UMA PROPOSTA DE TRATAMENTO COGNITIVO-COMPORTAMENTAL

Fernanda M. Pereira; Bernard Range; Bianca Torres; Imira Fonseca (Programa de Pós Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro – Rio de Janeiro- RJ)

A depressão pós-parto afeta a saúde mental não só das mulheres como também de seus conjugues e filhos. Muitas mães que estão nessa condição sofrem em silêncio, sem procurar ajuda médica ou psicológica. Algumas não aceitam que estejam deprimidas, sentem-se culpadas por seus pensamentos e sentimentos ou simplesmente desconhecem a origem de seus sintomas. A detecção e tratamento da depressão pós-parto devem ser realizados o mais precocemente possível pois as seqüelas psicossociais da depressão pós-parto aumentam conforme sua duração. Pesquisas apontam que a depressão pós-parto é subdiagnosticada pelos profissionais de saúde e que as mulheres dificilmente procuram tratamento por conta própria. Em países como os Estados Unidos e Austrália existem políticas de saúde pública específicas que defendem a inclusão de triagem da DPP nos exames de rotina das instituições materno-infantis. Em relação às taxas de prevalência, estudos internacionais mostram que a DPP acomete cerca de 10% das mulheres. No Brasil, foram encontrados índices entre 7,2% a 39,4%, dependendo da metodologia de triagem utilizada. O propósito desse trabalho é realizar uma revisão sobre os estudos de prevalência e tratamento da DPP e apresentar os resultados parciais de uma pesquisa de doutorado que vem sendo desenvolvida na Maternidade Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Os objetivos dessa pesquisa são: 1) estimar a prevalência de depressão pós-parto, transtornos ansiosos, pensamentos disfuncionais e a qualidade de vida nas puérperas que tiveram seus filhos na Maternidade; e 2) avaliar a eficácia de um protocolo de terapia cognitivo-comportamental (TCC) desenvolvido exclusivamente para tratamento da DPP. Para isso estão sendo aplicados instrumentos e entrevistas clínicas (Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo, Questionário de Pensamentos Negativos Pós-Natais, Mini International Neuropsychiatric Interview e WHOQOL-Bref), além de um questionário sobre os dados de saúde, sociais e demográficos de cada mulher. O protocolo de TCC utilizado é de Milgrom e colaboradores. Os resultados parciais dessa pesquisa mostram a importância da triagem da DPP nos serviços de rotina das instituições materno-infantis para que as puérperas possam ser encaminhadas o mais rápido possível para tratamento, diminuindo os danos causados a saúde da mãe e de seu bebê. A TCC, por sua vez, vem se mostrando como uma das abordagens de melhor resultado para tratamento dessa condição.

Palavras-chave: depressão pós-parto, prevalência, terapia cognitivo-comportamental

Pesquisa financiada pela CAPES

16. NOVIDADES EM PESQUISA E INTERVENÇÕES CLÍNICAS NO TRANSTORNO DE PÂNICO E A TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL

Coordenadora: Marcele Regine de Carvalho (Doutora e Mestre em Saúde Mental pelo Instituto de Psiquiatria (IPUB) da UFRJ. Professora do Instituto de Psicologia (IP) da UFRJ. Supervisora da Divisão de Psicologia Aplicada do IP/UFRJ. Pesquisadora do Laboratório de Pânico e Respiração do Instituto de Psiquiatria (IPUB) da UFRJ; do INCT Translational

Medicine e do Laboratório de Mapeamento Cerebral e Integração Sensorio-Motora do IPUB/UFRJ; Rio de Janeiro, RJ).

O Transtorno de Pânico (TP) é caracterizado por sensações fisiológicas abruptas e intensas, acompanhadas de medo em relação às suas consequências. Está associado ao comprometimento da qualidade de vida, em diversos âmbitos, e também é relacionado à comorbidades psiquiátricas. A Agorafobia é uma delas, e está relacionada a uma maior morbidade do TP. O TP é um transtorno de ansiedade multidimensional que envolve a ativação de um complexo circuito cerebral que pode disparar respostas autonômicas diversas, dentre as quais a ativação do sistema cardiovascular acaba sendo bastante temida pelos pacientes. O conhecimento acerca da neurobiologia e fisiologia do transtorno, potencializado pelo estudo a partir de técnicas de mapeamento cerebral e genética, é de extrema importância e pode refletir diretamente no conhecimento de como as abordagens psicoterápicas, especialmente a Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC), e o tratamento psicofarmacológico modulam o circuito cerebral envolvido na ansiedade. Neste contexto, esta mesa busca apresentar novidades em pesquisa e intervenções clínicas no TP. Através de um relato de caso, é ressaltado como um programa de exercícios físicos aeróbicos intervalados pode desempenhar um papel importante no tratamento do TP, sendo uma ferramenta útil na redução da ansiedade cardíaca quando utilizado dentro do contexto da TCC. Outro estudo trata da possibilidade da sincronização da banda de frequência Alfa, em eletroencefalografia, refletir processos de inibição *top-down*, ou seja, de controle do córtex frontal sobre a ativação da amígdala e o consequente disparo dos sintomas de um ataque de pânico. Para isso foi medida a potência absoluta de Alfa em pacientes com TP e Agorafobia. Hipotetiza-se que a TCC pode alterar o neurocircuito envolvido na ansiedade através da reestruturação cognitiva, exercendo o controle inibitório *top-down* sobre a amígdala. Por último, objetiva-se citar os estudos genéticos recentes selecionados por uma revisão sistemática e discutir suas inconsistências, especificamente, apresentando uma atualização sobre os estudos de polimorfismos do transportador de serotonina. Nota-se que as pesquisas em genética ainda são insuficientes para descrever as alterações relacionadas à gênese do transtorno.

16.1 TREINAMENTO FÍSICO INTERVALADO COMO FERRAMENTA NA TERAPIA COGNITIVO COMPORTAMENTAL DO TRANSTORNO DE PANICO.

Aline Sardinha (Laboratório de Pânico e Respiração do Instituto de Psiquiatria (IPUB) da UFRJ; INCT Translational Medicine. Rio de Janeiro, RJ), Claudio Gil Araújo (Laboratório de Pânico e Respiração do Instituto de Psiquiatria (IPUB) da UFRJ; INCT Translational Medicine. Rio de Janeiro, RJ), Antonio Egidio Nardi (Professor Titular da Faculdade de Medicina da UFRJ; Professor do Programa de Pós-graduação em Psiquiatria e Saúde Mental – IPUB/UFRJ; Coordenador do Laboratório de Pânico e Respiração – IPUB/UFRJ. INCT Translational Medicine; Rio de Janeiro, RJ)

A ansiedade cardíaca é um tipo de ansiedade relacionada à saúde em que as preocupações do paciente estão especificamente voltadas para o sistema cardiovascular e para a possibilidade de ter um evento cardiovascular agudo ou de desenvolver uma doença coronariana. Essa envolve ainda dois outros fatores: comportamentos de evitação de atividades desencadeantes de sintomas cardiovasculares percebidos como perigosos e a hipervigilância. Os exercícios físicos podem desempenhar um papel importante no tratamento do Transtorno de Pânico (TP), dado seu efeito antipânico agudo e a melhora dos sintomas com a prática regular. É possível que, dentro da hipótese do condicionamento interoceptivo, exposição gradual ao exercício físico possa promover habituação do sistema do medo às alterações da frequência O

treinamento aeróbico intervalado, ao proporcionar ciclos de períodos de intensidade variável de exercício, poderia ser especialmente conveniente. Objetivo: Este trabalho consiste no relato da utilização de um programa de exercícios físicos aeróbicos intervalados no contexto da Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) em um caso de TP e Agorafobia. Relato do caso: Uma paciente feminina de 52 anos relata ataques de pânico (AP) desde os 17 anos. Há dois anos foi encaminhada para a TCC, obtendo a remissão dos AP e melhora significativa da agorafobia, ganhando mobilidade e podendo retomar suas atividades profissionais. As intervenções cognitivo-comportamentais utilizadas para o tratamento do TP consistiram predominantemente em reestruturação cognitiva, psicoeducação sobre os sintomas de ansiedade, técnicas de relaxamento e respiração diafragmática, exposições imaginárias, exposições ao vivo em situações evitadas e exposições interoceptivas. Entretanto, mesmo após a TCC, a paciente continuava a experimentar ansiedade e a evitar situações que pudessem desencadear taquicardia, como subir escadas, caminhar em ritmo normal ou praticar exercícios físicos. Um aspecto interessante de seu relato é que a taquicardia ocorria ao final do exercício e não durante a sua vigência. Método: Foi proposto à paciente iniciar um programa de exercício físico supervisionado por um médico e uma psicoterapeuta, que funcionaria como exposição interoceptiva, no contexto da TCC. Em seguida, se iniciou o treinamento aeróbico em esteira, com duração de 12 semanas, realizado de maneira intervalada, alternando caminhadas lentas e mais rápidas a cada dois minutos. A ansiedade cardíaca foi quantificada antes e ao final do treinamento pela aplicação do Questionário de Ansiedade cardíaca (QAC). A ansiedade antecipatória e durante o exercício, medidas pela Subjective Units of Distress Scale (SUDS). Resultados: Após 12 sessões, pode-se observar uma redução da ansiedade durante o exercício, passando de valores entre 6 e 7 para apenas 2, e do QAC, de 58 para 37 pontos. Em relação à ansiedade cardíaca no cotidiano, a paciente relatou melhora na ansiedade percebida, o que vai ao encontro dos escores mais baixos obtidos no QAC ao final das 12 sessões de treinamento físico. Conclusão: O exercício intervalado parece ser uma ferramenta útil na redução da ansiedade cardíaca quando utilizado dentro do contexto da TCC.

Palavras chave: exercício físico, ansiedade, pânico

Apoio: Bolsa de doutorado (CNPq), bolsa de produtividade (CNPq), Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia – Translational Medicine (CNPq) e Programa Cientistas do Nosso Estado (FAPERJ).

16.2 ATIVIDADE DA POTÊNCIA ABSOLUTA DA BANDA ALFA NO EEGQ EM PACIENTES COM TRANSTORNO DE PÂNICO E AGORAFOBIA E AS IMPLICAÇÕES PARA A TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL

Marcele Regine de Carvalho (Departamento de Psicologia Clínica do Instituto de Psicologia (IP) da UFRJ, Divisão de Psicologia Aplicada IP/UFRJ, Laboratório de Pânico e Respiração do Instituto de Psiquiatria (IPUB) da UFRJ; INCT Translational Medicine, Laboratório de Mapeamento Cerebral e Integração Sensório-Motora do IPUB/UFRJ; Rio de Janeiro, RJ), Bruna Brandão Velasques (Laboratório de Mapeamento Cerebral e Integração Sensório-Motora do IPUB/UFRJ; Rio de Janeiro, RJ), Antonio Egídio Nardi (Professor Titular da Faculdade de Medicina da UFRJ; Professor do Programa de Pós-graduação em Psiquiatria e Saúde Mental – IPUB/UFRJ; Coordenador do Laboratório de Pânico e Respiração – IPUB/UFRJ. INCT Translational Medicine; Rio de Janeiro, RJ).

Uma hipótese neurobiológica atualmente aceita sobre os Ataques de Pânico admite que os mesmos são provavelmente o resultado de uma coordenação disfuncional de informações sensoriais processadas pelo córtex e tronco cerebral, devido à ativação da amígdala, estrutura importante para o aprendizado implícito de respostas condicionadas de medo e ansiedade. Áreas pré-frontais podem ser responsáveis por processos de inibição *top-down*, ou seja, controle sobre a ativação da amígdala e disparo dos sintomas de um ataque de pânico. A sincronização da banda de frequência Alfa, em eletroencefalografia, parece refletir essa modulação. A menor ativação de Alfa está supostamente ligada a estados de ansiedade e, conseqüentemente, menor controle inibitório sobre os sintomas de um AP. Estudos apontam que uma das formas que a Terapia Cognitivo-Comportamental pode alterar o neurocircuito envolvido na ansiedade é justamente a partir da modulação da atividade do córtex pré-frontal, através da reestruturação cognitiva, exercendo o controle inibitório *top-down* sobre a amígdala. O objetivo deste estudo foi medir a potência absoluta em Alfa através de Eletroencefalograma Quantitativo (EEGq) em 24 indivíduos com Transtorno de Pânico e Agorafobia (TPA) em comparação com 21 controles saudáveis. Os dados do EEGq foram captados enquanto os participantes assistiram a uma simulação computadorizada, composta por momentos classificados como de "alta ansiedade" (MAA) e de "baixa ansiedade" (MBA). Os dados do EEGq também foram captados durante duas condições de repouso, antes e depois da exposição da simulação computadorizada. Observamos uma maior potência absoluta em Alfa nos controles quando comparados aos pacientes com TPA enquanto assistiam a simulação computadorizada. A principal constatação foi uma interação entre momentos (repouso 1 e 2, MAA e MBA) e grupos (pacientes e controles) nos eletrodos F8 e Fz. O córtex frontal direito (F8) desempenhou um papel importante nos MAA e a região da linha média do córtex frontal (Fz) desempenhou um papel importante nos MBA. Foi encontrado efeito principal para grupo e momento nos eletrodos F3, F4 e F7. MAA e MBA foram diferentes no eletrodo F7 para o grupo TPA. Os resultados sugerem que a diminuição da potência absoluta de alfa no córtex frontal direito (F8) para o grupo TPA pode refletir um estado de excitabilidade elevada, e que a região frontal medial regulou o processamento de estímulos nos MBA. O córtex frontal esquerdo (F7) ativamente discriminou os MAA e MBA no grupo TPA. Conclui-se que os resultados podem ser explicados por uma deficiência nos processos de controle *top-down* da ansiedade, refletida pela menor potência absoluta de alfa no grupo TPA enquanto assistiam à simulação computadorizada. Observou-se que as regiões frontais próximas à área temporal foram recrutados durante a exposição aos estímulos mais ansiogênicos.

Palavras-chave: transtorno de pânico, EEGq, controle *top-down*

16.3 ATUALIDADES SOBRE GENÉTICA DO TRANSTORNO DO PÂNICO

Valfrido Leão de-Melo-Neto (Núcleo de Ensino e Pesquisa em Psiquiatria de Alagoas (NEPPAL) - Universidade Federal de Alagoas (UFAL), Maceió-AL; Laboratório de Pânico e Respiração do Instituto de Psiquiatria (IPUB) da UFRJ; INCT Translational Medicine. Rio de Janeiro, RJ), Gustavo Murta (Núcleo de Ensino e Pesquisa em Psiquiatria de Alagoas (NEPPAL) - Universidade Federal de Alagoas (UFAL), Maceió-AL), Edla Cavalcanti Amorim (Núcleo de Ensino e Pesquisa em Psiquiatria de Alagoas (NEPPAL) - Universidade Federal de Alagoas (UFAL), Maceió-AL), Antonio Egidio Nardi (Professor Titular da Faculdade de Medicina da UFRJ; Professor do Programa de Pós-graduação em Psiquiatria e Saúde Mental – IPUB/UFRJ; Coordenador do Laboratório de Pânico e Respiração – IPUB/UFRJ. INCT Translational Medicine; Rio de Janeiro, RJ).

Contextualização: A ansiedade é um fenômeno conhecido do homem há milhares de anos. É uma resposta comum dos mamíferos a situações de perigo e estresse. O problema é quando sua intensidade ou duração atrapalham a resolução de problemas e superação de ameaças. O ataque de pânico é a manifestação máxima da ansiedade, ocorre em 7% a 9% das pessoas ao longo da vida. Atinge mais mulheres que homens. Quando ocorre repetidas vezes e de modo espontâneo pode caracterizar o transtorno de pânico. Em sua etiologia estão envolvidas descargas maciças do sistema adrenérgico, hiper-reatividade do *locus ceruleus*, desregulação dos sistemas GABA-benzodiazepínico e serotoninérgico, alteração do eixo hipotálamo hipófise adrenal, entre outros fatores. Atualmente encontra na descrição do neurocircuito do medo, uma das mais aceitas formas de explicar sua gênese. Também parece haver uma contribuição da genética para sua ocorrência, nada bem definido, mas, de difícil determinação inclusive por ter um caráter multifatorial, isto é, também depende de vários fatores ambientais. Os estudos genéticos evoluíram das avaliações familiares e de gêmeos, passaram por estudos de ligação e encontram atualmente nos estudos de associação os métodos mais utilizados para demonstrar tais alterações. Os estudos de associação objetivam identificar *loci* de susceptibilidade para o transtorno. Os genes candidatos mais estudados são os da Monoamina Oxidase A (MAO-A), o gene que codifica a enzima catecol-O-metiltransferase (COMT), aqueles que envolvem o transporte de serotonina, entre outros. Os achados são inconclusivos. Um dos motivos pelos quais os resultados são inconsistentes envolve o pequeno tamanho das amostras e falta de poder estatístico, além do mais os poucos estudos envolvem populações de diferentes etnias, que dificultam comparações, além de múltiplos fenótipos serem selecionados como amostra. **Objetivos:** Nesta apresentação têm-se como objetivos citar os estudos genéticos recentes e discutir suas inconsistências, especificamente, apresentar uma atualização sobre os estudos de polimorfismos do transportador de serotonina. **Método:** Para esta atualização foi realizada uma revisão a partir do Medline utilizando-se os seguintes descritores: “serotonin”, “panic”, “disorder”, “transporter”. Apenas artigos dos últimos 6 anos foram selecionados. De um total de 28 artigos encontrados, 8 foram selecionados. Destes 5 indicaram influência ou associação de polimorfismos do 5-HTTLPR com TP. Um dos estudos encontrou maior atividade de amígdala esquerda em pacientes com a variante alélica “S” em testes de estimulação sensorial e outro, pior resposta inicial à paroxetina em pacientes com o mesmo polimorfismo do estudo anterior. Um terceiro estudo sugeriu associação entre polimorfismo do 5-HTTLPR com a gravidade do TP, enquanto 2 outros não demonstraram tal associação. **Conclusão:** O TP constitui-se num dos transtornos mais estudados pela psiquiatria, porém ainda necessita muitas pesquisas em genética para descrever mais precisamente as alterações necessárias ou suficientes para a gênese do transtorno.

Palavras-chave: transtorno de pânico, genética, polimorfismos.

17. TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL NO CONTROLE DA RAIVA – COMPREENSÃO, TRATAMENTO E PESQUISA.

Coordenadora: Juliana Caversan de Barros (Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro e Centro Psicológico de Controle do Stress – RJ).

A compreensão e controle da raiva é de grande importância em razão das implicações que este sentimento traz para a sociedade, família e para o próprio indivíduo. Ser capaz de identificar quando a raiva é inadequada ou excessiva pode nos defender de atos impensados que tantas vezes nos trazem prejuízos nas relações afetivas, profissionais e ao próprio bem-estar. O

indivíduo pode aprender a lidar com a raiva, entendê-la, controlá-la e saber quando e em que medida usá-la. O Treino Cognitivo da Raiva baseado na TCC possibilita a sua compreensão, bem como oferece intervenções que podem contribuir de maneira eficaz no tratamento. Essa mesa tem como objetivos principais: abordar os mecanismos cognitivo-comportamentais envolvidos na dinâmica da raiva, expor estratégias eficazes de manejo da mesma e apresentar um modelo de como esse sentimento pode interferir no campo ocupacional, tomando como exemplo a profissão de Professor. O ofício do Professor é reconhecidamente significativo para a sociedade. Por essa razão, faz-se importante um estudo aprofundando de tal profissão, bem como das inúmeras variáveis que fazem parte da rotina escolar. Nesse ínterim, a raiva aparece enquanto uma emoção dentre tantas outras que pode se tornar desadaptativa dependendo de como o indivíduo se comporta através dela. O estudo em questão faz parte de um Projeto de Mestrado no âmbito da Psicologia/UFRJ, e investiga a correlação entre a expressão da raiva e o ofício do Professor, com o intuito de aprofundar a temática e contribuir para futuras ações no que tange à melhoria dessa profissão tão indispensável.

Palavras-chave: raiva, aspectos cognitivo-comportamentais, compreensão

17.1 IDENTIFICANDO E COMPREENDENDO O MECANISMO COGNITIVO DA RAIVA

Juliana Caversan de Barros (Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro e Centro Psicológico de Controle do Stress – RJ)

Os sentimentos possuem importante papel em nossa vida, principalmente o de sinalizar a forma como reagimos a determinados eventos. Emoções negativas podem ser sinais de alerta para que reavaliemos se devemos seguir adiante ou mudar a direção de nossos atos. Refletem também a forma como avaliamos determinados eventos, se tais interpretações estão compatíveis ou não com o evento ativador. Expressar adequadamente nossas emoções não só permite uma melhor adaptação ao meio em que vivemos, como também serve como mecanismo protetor para o nosso bem estar físico e mental. Estudos recentes sobre a raiva levantam elementos importantes nessa dinâmica e nos auxiliam no entendimento e gerenciamento dos nossos sentimentos. O presente trabalho objetiva contribuir para a identificação e compreensão sobre os mecanismos cognitivo-comportamentais envolvidos na dinâmica da raiva. A raiva é entendida como uma emoção primária que ocorre quando percebemos algum evento como frustrante, ameaçador ou injusto. É formada por três componentes em constante interação: pensamento avaliativo, mudanças físicas e comportamento de raiva. Experimentamos raiva geralmente quando vemos nossos objetivos impedidos de serem realizados, ou nossos desejos e ideias que valorizamos desprezados ou questionados por alguém. Os aspectos cognitivos envolvidos nesse processo estão relacionados a algumas crenças disfuncionais tais como a de que é horrível e catastrófico quando algo não sai do jeito que gostaríamos, ou que precisamos ser aprovados por todos em tudo que fazemos. Tais crenças muitas vezes vêm acompanhadas de distorções cognitivas características do mecanismo da raiva, como a catastrofização ou a personalização. O direcionamento da expressão da raiva pode ser tanto para dentro (reprimindo e ruminando) quanto para fora (voltada para outras pessoas ou objetos). Também há a combinação dos dois modos. Outra forma de expressão da raiva é o controle, que diz respeito às diferentes maneiras adotadas pelos indivíduos em suas tentativas de gerenciar o sentimento. Como todas as demais emoções, a raiva faz parte da vida, e não deve ser eliminada, mas deve-se considerá-la patológica quando sua frequência, intensidade e duração são exageradas. Outro aspecto característico da raiva desadaptativa é quando ela resulta em agressividade e

violência, prejudicando consideravelmente as relações interpessoais. Os tipos de raiva podem contribuir para que ela se torne prejudicial, principalmente a raiva como um traço, ou seja, uma tendência da pessoa a avaliar negativamente as situações, imprimindo constantemente nelas conotações de injustiça e frustração. Quando a raiva é um estado, ela ocorrerá somente em determinadas situações, com menor duração e frequência, geralmente em momentos de sobrecarga e stress. Sob essa perspectiva, podemos compreender o stress como um facilitador para o surgimento da raiva, mas em outros momentos ele pode surgir como uma consequência da exposição prolongada do indivíduo a ela. Cabe ao profissional compreender os mecanismos envolvidos na dinâmica de cada paciente, para um planejamento eficiente das intervenções. Aprender a controlar a raiva envolve o desenvolvimento de habilidades tanto cognitivas quanto comportamentais. A implementação de estratégias adaptativas de enfrentamento auxilia o indivíduo a prevenir doenças e a restabelecer sua qualidade de vida global.

Palavras-chave: raiva, compreensão, mecanismos cognitivo-comportamentais

17.2 TREINO COGNITIVO DE CONTROLE DA RAIVA

Aurineide Fiorito (Centro Psicológico de Controle do Stress, CPCS, Rio de Janeiro, RJ); Lucia Emmanoel Novaes Malagris (UFRJ, Rio de Janeiro, RJ)

A raiva está presente em diversas situações em nossa sociedade sendo uma das causas da alta incidência de violência e se constitui em fator de risco para o desenvolvimento de doenças, sendo importante sua compreensão e seu controle. Esta apresentação tem como objetivo explicar o tratamento da raiva através do Treino Cognitivo de Controle da Raiva (TCCR) e como este pode promover um controle eficaz dos comportamentos inadequados advindos desta. A raiva é um sentimento desconfortável que pode surgir como resultado da interpretação do indivíduo de uma situação como provocação, ofensa, mau tratamento, desacordo, rejeição, frustração e agressão. Pode ocorrer também quando se interpreta uma situação neutra como ameaçadora ou desmerecimento por parte de alguém ou entidade. O desconforto experimentado é tão intenso que conduz ao desejo de revidar e atacar quem supostamente causou a raiva. A reação de raiva é composta de cognições, reações emocionais, físicas e comportamentos típicos do indivíduo que tem raiva. Esses comportamentos podem ser adequados, como manifestar a raiva de maneira construtiva e apropriada ou, inadequados, como agressão física ou verbal. A raiva dirigida para dentro, sem expressão construtiva da mesma, também se mostra, em geral, inadequada. A raiva exagerada, continuada e manifestada de maneira excessiva e inapropriada, pode acarretar prejuízos em todas as áreas da vida do indivíduo, prejudicando sua qualidade de vida de modo geral. São inúmeros os efeitos negativos tais como: doenças crônicas, problemas ocupacionais, sentimentos de culpa, angústias, relações conflituosas, ruminações, dentre outros. O TCCR foi elaborado por Lipp com o objetivo de reduzir a vulnerabilidade psicológica advinda de uma história de vida comprometida e de experiências negativas. O TCCR fundamenta-se em conceitos comportamental-cognitivos implicando, primeiramente, em desenvolver habilidade para diferenciar quando a raiva é justa e útil e quando é demasiada, injusta ou inapropriada. Seu objetivo é favorecer um controle eficaz dos comportamentos inapropriados de raiva, modificando a forma característica do indivíduo reagir às provocações que percebe na vida. O TCCR compreende: a) identificar as cognições, conhecer as sensações físicas e emocionais que antecedem a expressão de raiva; b) utilizar a técnica de reestruturação cognitiva e parada de pensamento; c) respiração profunda e relaxamento; d) “ação responsável”, ou seja, exprimir um comportamento que resolva, ou reduza, a situação geradora da raiva, por meio de

um comportamento adequado ao evento presente; e) autorreforço pelo controle adequado da raiva quando isso tiver ocorrido e, se não ocorreu, planejamento de como lidar com situações similares de maneira apropriada no futuro. A raiva está relacionada a crenças disfuncionais, distorções cognitivas, condicionamentos estabelecidos, dificuldade de autocontrole, falta de habilidades sociais, falta de estratégias positivas para o manejo do *stress*, e as estratégias cognitivo-comportamentais podem ser aplicadas trazendo benefícios à qualidade de vida do indivíduo. O TCCR, baseado na Terapia Cognitivo-Comportamental, proporciona a compreensão do mecanismo da raiva, bem como oferece intervenções que podem contribuir de forma efetiva no tratamento da raiva excessiva.

Palavra-chave: compreensão, intervenção, raiva

17.3 O ESTUDO DA RAIVA EM PROFESSORES DO ENSINO FUNDAMENTAL

Sthefani Nogueira Saraiva (UFRJ, Rio de Janeiro, RJ); Lucia Emmanoel Novaes Malagris (UFRJ, Rio de Janeiro, RJ)

O objetivo da apresentação é explanar a respeito das inter-relações entre a expressão da raiva e o ofício do Professor. Tal estudo se justifica na medida em que se nota grande pressão em seu trabalho, o que pode contribuir fortemente para seu empobrecimento laboral e consequente adoecimento físico e psíquico. Sentimentos de raiva excessiva ou com expressão inapropriada podem estar presentes no seu dia-a-dia em função destas pressões. Assim sendo, nota-se que é preciso um estudo aprofundado sobre sua rotina de trabalho, a qual pode ser extremamente estressante e desajustada, caso as condições de trabalho não sejam devidamente adequadas. Através desse contexto, é possível inferir a importância de estudos envolvendo a expressão da raiva e o ofício do Professor do Ensino Fundamental, compreendendo que esse grupo de Professores atende a uma demanda discente muito particular. Sabe-se que a raiva é, tal como a alegria ou mesmo a tristeza, mais um dentre os inúmeros sentimentos inerentes ao ser humano. É tão natural que é possível ratificar a sua importância para a sobrevivência, haja vista que em determinadas situações ela pode funcionar enquanto mecanismo de defesa. Entretanto, ela pode se tornar desadaptativa dependendo do modo como o indivíduo se comporta ao experimentá-la. Ademais, nesse ínterim, é possível que ela desencadeie prejuízos para as áreas familiar, social, afetiva, profissional ou ainda para a saúde do indivíduo. Transportando o exposto para o contexto educacional, muito pouco ainda se sabe sobre o assunto. Inúmeras são as reportagens jornalísticas sobre violência no âmbito escolar – seja partindo do aluno para o Professor ou mesmo o contrário. Os escândalos internacionais são notórios desde o século passado, entretanto atualmente o Brasil também tem contribuído de forma negativa para endossar a questão. Ao analisar tais episódios, em alguns deles fica evidente a possibilidade de sua existência ter sido potencializada por meio da raiva experimentada por alguma das partes envolvidas – raiva tal que pode ter “levado” o indivíduo a um impulso de ataque de fúria. Torna-se imperiosa a necessidade de estudos relacionados à raiva e suas possíveis conseqüências à vida do indivíduo, pois tanto a sua expressão quanto sua supressão podem comprometer a vida do indivíduo de forma devastadora. Por essa razão, entende-se que a temática possui grande relevância social, à medida que pode contribuir para a conscientização do *staff* educacional e a sociedade quanto a importantes aspectos da saúde do Professor. Assim, acredita-se poder colaborar para que ações possam ser elaboradas e implementadas de modo que alguns dos principais problemas enfrentados por esses profissionais possam ser amenizados.

Palavras-chave: raiva, professores, *stress*.

18. CONTRIBUIÇÕES DE NOVAS ABORDAGENS CLÍNICAS PARA A TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL

Coordenadora: Ana Claudia Ornelas (Mestre em Sexologia Clínica pela Universidade Gama Filho – 2000)

A Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) tem como essência três premissas fundamentais: 1) a cognição afeta o comportamento; 2) a cognição pode ser monitorada e alterada e; 3) a mudança comportamental desejada pode ser efetuada por meio da mudança cognitiva. Os resultados do tratamento da TCC naturalmente variam de pessoa para pessoa, mas de um modo geral, os dois principais índices usados para a mudança são a cognição e o comportamento. Com o objetivo de um contínuo processo de atualização, novas abordagens clínicas contribuem para a ampliação dos limites de atuação da TCC. O protocolo unificado para transdiagnósticos pode ser aplicado individualmente ou em grupo e refere-se a procedimentos terapêuticos que possibilitam aos pacientes com transtornos diversos num mesmo grupo (transdiagnósticos) a reconhecerem, regularem e reestruturarem suas emoções através de técnicas científicas reforçadoras de um novo conhecimento e comportamento diante dos problemas. A Psicologia Positiva tem objetivos aumentar a felicidade e a qualidade de vida; produzir bem-estar, um constructo complexo que engloba emoção positiva, engajamento, sentido, relacionamentos positivos e realização. O foco de atuação da Psicologia Positiva também se estendeu e a terapia positiva surge como modalidade de tratamento, assim como vários protocolos de intervenção em população clínica têm sido desenvolvidos por diversos pesquisadores. E, por último o Coaching, abordagem baseada em uma metodologia que agrega ao Terapeuta Cognitivo Comportamental, por meio de tarefas e modificações de crenças. A eficácia clínica dessas abordagens integradas à TCC é sustentada pela própria prática científica que promovida num ambiente de divulgação reunindo estudantes e profissionais interessados em novas descobertas propiciam um crescimento contínuo das psicoterapias cognitivo-comportamentais.

Palavras-chave: transdiagnósticos, psicologia positiva, coaching.

18.1 PROTOCOLO UNIFICADO DE TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL EM GRUPO DE TRANSDIAGNÓSTICO: APLICAÇÃO COM POPULAÇÃO BRASILEIRA.

Ana Claudia Ornelas, Arthur Azevedo Braga, Antonio Egidio Nardi, Adriana Cardoso de Oliveira e Silva (Laboratório de Pânico e Respiração; Instituto de Psiquiatria – Universidade Federal do Rio de Janeiro. LabPR; IPUB / UFRJ. Rio de Janeiro-RJ).

A conscientização das pessoas sobre a necessidade de tratamento psicológico vem crescendo ao longo dos anos. A proposta da Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) é efetiva na aplicação de protocolos na intervenção individual e em grupos de pessoas com transtornos específicos de ansiedade ou de humor separadamente. A idéia de um protocolo unificado para transdiagnósticos (transtornos depressivos e ansiosos) surgiu para favorecer as diversas demandas emocionais na atualidade, com melhor relação de custo e benefício, sendo menos oneroso e com tempo reduzido de sessões quando comparados a outros modelos terapêuticos. Em reconhecimento à origem empírica da TCC, o protocolo de tratamento normalmente oferece medidas aos pacientes para focalizar o trabalho, assim como determinar o seu desenvolvimento. O protocolo pode ser um guia tanto para o terapeuta quanto para os pacientes analisarem a evolução do tratamento. A partir da formulação clínica conceitual, estabelecem-se as metas a serem atingidas e realiza-se o plano de tratamento. Os objetivos da

TCC em grupo com o protocolo unificado para transdiagnósticos baseiam-se nas premissas de que a cognição interfere e tem influência na emoção e no comportamento. Portanto, a intervenção clínica possibilita a reestruturação cognitiva que se inicia no processo em que o paciente, ao acessar os pensamentos automáticos e crenças individuais, estabiliza o humor e equilibra a emoção, mudando assim o comportamento. Além disso, no grupo, a relação social se intensifica, possibilitando a estimular sentimentos de esperanças entre os participantes. O protocolo unificado da TCC em grupo pode ser aplicado em 12 sessões e tem como base o modelo Norte- Americano de David Barlow, porém deve ser adaptado para cultura brasileira com a inserção do treinamento de assertividade e habilidades sociais. Os passos de cada sessão são progressivos, sendo a motivação um fator relevante da primeira à última etapa do tratamento. Para que cada paciente identifique, entenda e saiba lidar com as suas emoções, pensamentos e comportamentos, as estratégias técnicas são 1) checagem da semana e dos sentimentos; 2) reatribuição (colocando-se no lugar do outro) e psicoeducação; 3) avaliação da regulação emocional e automonitoria; 4) manejo da ansiedade e do estresse; 5) treinamento das habilidades sociais e 6) resolução de problemas. Para um melhor resultado científico sugere-se aos terapeutas moderadores do grupo que no início e ao final das doze sessões reavaliem nos pacientes a qualidade de vida e seus domínios físicos, psicológicos, relações sociais e meio ambiente e a prevalência dos transtornos ansiosos e depressivos a fim de comparar o progresso da evolução emocional dos mesmos.

Palavras-Chave: grupo, transdiagnósticos, protocolo.

18.2 CONTRIBUIÇÕES DA PSICOLOGIA POSITIVA NAS INTERVENÇÕES CLÍNICAS.

Veruska Andréa dos Santos, Antonio Egidio Nardi, Adriana Cardoso de Oliveira e Silva (Laboratório de Pânico e Respiração; Instituto de Psiquiatria – Universidade Federal do Rio de Janeiro. LabPR; IPUB / UFRJ. Rio de Janeiro-RJ).

A terapia cognitivo-comportamental é uma abordagem comprovadamente eficaz no tratamento de diversos transtornos clínicos. A Psicologia Positiva surgiu com o objetivo de desenvolver estratégias e técnicas que possibilitassem avaliar e trabalhar os aspectos saudáveis das pessoas numa abordagem baseada em técnicas cognitivas e comportamentais com foco, inicialmente, em uma população não clínica, com o objetivo de aumentar a felicidade e a qualidade de vida. Hoje a Psicologia Positiva ampliou seu objetivo para produzir bem-estar, um constructo complexo que engloba emoção positiva, engajamento, sentido, relacionamentos positivos e realização. Nesse contexto, o foco de atuação da Psicologia Positiva também se estendeu e a terapia positiva surge como modalidade de tratamento, assim como vários protocolos de intervenção em população clínica têm sido desenvolvidos por diversos pesquisadores. O objetivo do presente trabalho é apresentar intervenções clínicas que integram técnicas da Terapia Cognitivo-Comportamental e técnicas da Psicologia Positiva no tratamento de transtornos clínicos. A Psicologia Positiva trabalha em duas categorias: a categoria I chamada de prevenção que pode ser primária e secundária. Na prevenção primária os esforços estão em reduzir ou eliminar problemas psicológicos antes que os mesmos apareçam. Na prevenção secundária os esforços estão em tratar o problema após o seu surgimento. A categoria II é chamada de potencialização que também pode ser primária e secundária. A potencialização primária tem como foco estabelecer um bom funcionamento psicológico e satisfação. A potencialização secundária parte de um funcionamento e satisfação já estabelecidos para se atingir experiências máximas. Os tratamentos dos transtornos clínicos estão numa intervenção da categoria I de prevenção

secundária e as estratégias de intervenção devem atender aos seguintes critérios: 1) os recursos de enfrentamento do cliente devem ser levantados e ampliados; 2) o foco cognitivo do cliente deve estar orientado para o que ele consegue fazer e não para o que ele ainda não consegue, as estratégias cognitivas deverão estar focadas em reforçar e manter a emoção positiva e não apenas em minimizar a emoção negativa; 3) ampliar a rede de apoio social e familiar do cliente; 4) fortalecimento de qualidades e talentos; 5) treinamento em atribuições para o otimismo e 6) alinhar os objetivos do cliente aos seus valores a fim de fornecer sentido e significado aos mesmos. Essas intervenções são permeadas por técnicas da Terapia Cognitivo-comportamental como psicoeducação, questionamentos cognitivos, cartões de enfrentamentos e cartões motivacionais, reestruturação cognitiva de crenças disfuncionais, registros e contestações, resolução de problemas e trabalho com metas. A integração de estratégias da TCC e a maximização dos recursos internos de enfrentamento do cliente proporcionado pelas técnicas da Psicologia Positiva torna o processo psicoterápico mais dinâmico trazendo à tona as potencialidades do cliente e sem dúvida representam uma contribuição significativa para as intervenções na prática clínica.

Palavras-Chave: Psicologia Positiva, Terapia Cognitivo-Comportamental.

18.3 COACHING COGNITIVO-COMPORTAMENTAL: POSSIBILIDADES DE ATUAÇÃO.

Tamara Cristine Pereira, Gisele Pereira Dias, Amanda Ayres, Anny Gurgel, Antonio Egidio Nardi, Adriana Cardoso de Oliveira e Silva (Laboratório de Pânico e Respiração; Instituto de Psiquiatria – Universidade Federal do Rio de Janeiro. LabPR; IPUB / UFRJ. Rio de Janeiro-RJ).

Coaching é uma abordagem facilitadora, na qual o *coach* prioriza o aprendizado visando aflorar as competências do coachee, ou seja, da pessoa que se submete ao *coaching*, para então melhorar e aumentar o seu desempenho. O processo de *coaching* ocorre de forma personalizada, sistemática, na qual a relação estabelecida entre *coach* e *coachee* acontece de maneira participativa, colaborativa. Assim, trata-se de um processo construído em parceria, sendo que o coachee estabelecerá os seus objetivos e metas e o *coach* facilitará esse processo; é como abrir caminhos, conhecer novas estradas que favorecerão um funcionamento mais adaptativo para cada *coachee*. É, assim, um processo que leva o indivíduo a desenvolver-se e a melhorar consequentemente seu desempenho, alcançando as metas desejadas. A psicologia do *coaching* tem como objetivo contribuir para um maior alcance dessa prática, trazendo para o coaching um olhar baseado em abordagens e métodos psicológicos, pois, se falamos em processos de mudança, automaticamente nos referimos a cognições, emoções e comportamentos, que são objetos de estudo da psicologia. Busca-se, dessa forma, construir um caminho cientificamente fundamentado que leve à maximização dos resultados e à promoção de saúde mental e qualidade de vida. O *coaching* mostra-se como uma ferramenta interessante de aplicação em diversas áreas da vida do indivíduo, o *coaching* pode ser utilizado de acordo com a demanda ou objetivo da pessoa. Trabalha com mudanças, propõe metas e busca a solução através de novas atitudes e comportamentos. Assim proporcionando um espaço de reflexão para traçar planos, estratégias e metas para enfrentar as dificuldades que surgirão. Alguns exemplos de possíveis atuações do *coaching* em diferentes campos, como por exemplo, o *coaching* executivo, que visa trabalhar e desenvolver o potencial de executivos. O trabalho acontece de forma conjunta, cujo objetivo será de atrelar tanto o desempenho profissional e pessoal com o desenvolvimento da organização. O *coaching* para vida que focaria nos objetivos e planos pessoais de cada um, o *coaching* em saúde que é um

trabalho voltado para promoção da saúde, bem-estar e metas relacionadas para melhorar a saúde. Nesse contexto, o *coaching* cognitivo-comportamental trabalha com crenças, regras e pressupostos que cada pessoa tem a seu respeito, a respeito dos outros e de seu futuro. Por meio da avaliação e modificação de crenças, ajuda seus clientes a lidarem com as diferentes dificuldades que surgem no decorrer de determinadas situações, e que podem acabar por impedir que alcancem suas metas. Dentre elas, podem ser destacadas dificuldades emocionais, como estresse e ansiedade, que podem estar relacionadas a um funcionamento desadaptativo e disfuncional que interfere na execução dos planos e metas desejados. Nesse contexto, o *coaching* cognitivo-comportamental trabalha junto com o *coachee* de forma a possibilitar que o torne consciente dos pensamentos e crenças que bloqueiam o alcance de seus objetivos. Trabalha, assim, modificando e reestruturando crenças impeditivas.

Palavras-chave: Coaching, psicologia do coaching, coaching cognitivo-comportamental.

19. ESTUDOS DE CASO E APRESENTAÇÃO DE NOVAS ABORDAGENS EM TCC PARA O STRESS

Coordenadora: Nivea Maria Machado de Melo – Mestre em Psicologia (Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro – RJ)

Diversas pesquisas têm mostrado que o tratamento por meio da Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) para o *stress* vem produzindo melhores resultados em comparação com outras intervenções. A presente mesa tem como objetivo trazer trabalhos que apresentam intervenções em Terapia Cognitivo-Comportamental, tanto usuais quanto inovadoras. Para isto, serão apresentados relatos de caso de pacientes nos quais foi detectado *stress* e que tiveram sucesso no tratamento tanto com a (TCC) tradicional quanto com a TCC somada às intervenções da Psicologia Positiva. Além disso, constará na presente proposta revisões teóricas sobre novas abordagens em TCC para o tratamento de patologias associadas ao *stress* excessivo. Na apresentação sobre *Stress* e Regulação Emocional (RE) será apresentada revisão da literatura sobre as relações entre ambos e os tratamentos atuais em TCC com enfoque na RE para as diversas formas em que o *stress* se apresenta. No trabalho sobre o Modelo Metacognitivo Aplicado ao Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT) será apresentada uma revisão teórica de literatura até o momento sobre terapia metacognitiva para este transtorno, onde serão expostas também algumas informações decorrentes da pesquisa aprofundada da teoria do modelo proposto. A apresentação que discorrerá sobre o Tratamento Cognitivo-Comportamental do *Stress* em Médicos na Cidade de Foz do Iguaçu - PR compreenderá a descrição de três relatos de casos destes profissionais tratados com TCC, incluindo descrição, características, inventários utilizados, técnicas cognitivo-comportamentais aplicadas e os resultados alcançados. O trabalho acerca das Intervenções em TCC e Psicologia Positiva para tratamento do *stress* crônico trará um estudo de caso de paciente com depressão dupla decorrente de *stress*, abrangendo descrição, inventários aplicados, intervenções cognitivo-comportamentais e da Psicologia Positiva utilizadas e os resultados alcançados.

19.1 STRESS E REGULAÇÃO EMOCIONAL – RELAÇÕES E PERSPECTIVAS NO TRATAMENTO COGNITIVO-COMPORTAMENTAL

Nivea Maria Machado de Melo e Bernard Pimentel Rangé (Universidade Federal do Rio de Janeiro, UFRJ)

O conceito de *stress*, originalmente dominado por uma visão biológica, vem acolhendo uma enorme contribuição da psicologia. Para os pesquisadores iniciais, estressor era tudo aquilo que perturbasse o equilíbrio homeostático do organismo e a "resposta ao *stress*" era definida como as adaptações neurais e endócrinas que, coletivamente, restabeleciam sua homeostase. Num cenário de *stress* agudo, onde há risco de morte, por exemplo, a resposta ao *stress* seria altamente adaptativa, pois protegeria o corpo dos desafios homeostáticos, excetuando-se os mais severos. Posteriormente Selye introduziu o conceito de exposição crônica aos estressores, em face dos quais a resposta ao *stress* em si mesma se torna patogênica a uma ampla gama de sistemas orgânicos, donde as doenças relacionadas ao *stress* seriam o resultado desta superativação da resposta ao *stress*. Todavia, a maioria dos estressores fisiológicos fortes o suficiente para desencadear uma resposta ao *stress* intensa o bastante para ser prejudicial, se prolongada, mataria o organismo em pouco tempo. Isto deu início à perspectiva psicológica no campo, na qual se entende que são predominantemente psicológicos e não físicos os estressores prolongados que produzem doenças através de ativação crônica da resposta ao estresse. Além disso, pesquisas posteriores mostraram que o contexto psicológico pode mudar a conexão entre o estressor fisiológico e a resposta ao *stress*, que esta última pode ser iniciada na ausência de um estressor fisiológico e que o *stress* psicológico está no centro da compreensão do porquê o *stress* crônico é patogênico, daí a importância da regulação emocional para a saúde. Segundo James Gross, regulação emocional abarcaria todas as estratégias conscientes e inconscientes, automáticas ou controladas, que usamos para aumentar, manter ou diminuir a intensidade ou duração de um ou mais dos componentes da resposta emocional, ou seja: as cognições ou experiências subjetivas, os comportamentos e as respostas fisiológicas. A Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) atualmente vem incorporando o conceito de regulação emocional em suas práticas, em especial as novas abordagens em TCC, chamadas de "terceira onda", como a Terapia Dialética-Comportamental de Linehan, a Terapia Metacognitiva de Wells, a Terapia Cognitiva Baseada em Mindfulness de Seagal, Williams e Teasdale, os Protocolos Unificados da equipe de Barlow, entre outras. O presente trabalho procura investigar as relações entre *stress* e regulação emocional, assim como a existência de protocolos em terapia cognitivo-comportamental que atuam no tratamento do controle do *stress*, nas diversas formas em que este se apresenta, com foco na regulação emocional, quais suas características e nível de eficácia terapêutica, através de revisão bibliográfica sistemática em bases de dados.

Palavras-chave: *Stress*, Regulação Emocional, Terapia Cognitivo-Comportamental.

19.2 O MODELO METACOGNITIVO APLICADO AO TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO: CONSIDERAÇÕES TEÓRICAS E PRÁTICAS

Heitor Pontes Hirata (Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro – RJ); Bernard Pimentel Rangé (Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro – RJ)

O transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) é um transtorno de ansiedade caracterizado por sintomatologia ocorrente após um trauma que oferece potencial ameaça à integridade física de si mesmo ou de outras pessoas, sendo vivenciado com intenso horror. Tais eventos podem incluir: assaltos, estupros, sequestros, catástrofes naturais entre outros. Os critérios diagnósticos para o quadro em questão incluem principalmente memórias constantes e intrusivas na forma de pensamentos ou imagens aflitivas; pesadelos; resposta de sobressalto exagerada; agir como se o evento traumático estivesse prestes a ocorrer novamente; evitação de estímulos relacionados ao trauma e prejuízo no funcionamento do indivíduo. Cerca de 7% da população desenvolve o TEPT e, não raro, ele é acompanhado por depressão maior ou

abuso de substâncias. Dentre as abordagens psicoterápicas existentes, a terapia cognitivo-comportamental tem demonstrado resultados promissores no tratamento do TEPT. Ao longo das décadas durante as quais foram desenvolvidos protocolos de tratamento para este problema, diversos modelos teóricos foram concebidos. Grande parte dos protocolos disponíveis utilizam ferramentas como a psicoeducação, a reestruturação cognitiva focalizada no trauma, a exposição por imagens relacionadas ao trauma, modificação dos comportamentos desadaptativos e inoculação de estresse. Na última década, uma proposta alternativa de tratamento para o TEPT surgiu: a terapia metacognitiva (TMC). O foco desta abordagem está no treino de como pacientes podem lidar com os pensamentos sobre suas cognições (metacognições). Um conceito fundamental desta teoria para entender o TEPT é o de síndrome cognitiva atencional (SCA) caracterizada por um modelo de ativação da cognição que utiliza a preocupação e a ruminação como estratégias para monitorar eventos ameaçadores. Quando ativada, a SCA é difícil de ser controlada e mantém o indivíduo em um processo de atenção autofocada. No caso do TEPT, um componente adicional é imprescindível para o entendimento do transtorno: o preenchimento de lacunas. Quando o indivíduo enfrenta um evento traumático, uma série de lacunas a respeito do acontecimento ficam em branco em seu arquivo de memórias. Assim sendo, o paciente tenta de diversas formas preenchê-las e muitas vezes o faz de maneiras distorcidas. O processo de preenchimento de lacunas é suportado pela crença de que o entendimento completo de como ocorreu o trauma irá ajudar na evitação da ocorrência de um novo evento. Consequentemente, há grandes níveis de preocupação e ruminação relacionados à necessidade de completar os espaços vazios da memória, o que, segundo o modelo, é denominado processos de metamemória. Ao longo do tratamento do TEPT dentro da TMC são utilizadas estratégias como a formulação de caso, o desafio de crenças negativas sobre os sintomas, trabalho com as preocupações, ruminatórias e monitoramento das ameaças, refocalização da atenção entre outras. O presente trabalho consiste em uma revisão teórica que é parte integrante de pesquisa de mestrado sobre terapia metacognitiva. Será exposta tanto parte da revisão de literatura realizada até o momento quanto algumas informações decorrentes da pesquisa aprofundada da teoria do modelo proposto. Poucos estudos comprovam a eficácia da abordagem em questão. No entanto, alguns ensaios clínicos apontam a TMC como uma abordagem válida para o tratamento do TEPT.

Palavras-chave: estresse pós-traumático, modelo metacognitivo, trauma

Agência de fomento: CAPES

19.3 O STRESS MÉDICO: TRÊS ESTUDOS DE CASOS ATENDIDOS PELA TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL

Maria das Graças Razera (Bioethos - Clínica Médica, Foz do Iguaçu, PR)

O bem-estar implica em diversas questões biopsicossociais. Considerando a eficácia da Terapia Cognitivo-Comportamental e o crescente reconhecimento no meio médico na cidade de Foz do Iguaçu-PR, aumentou a procura de profissionais médicos. Diante do exposto, foram avaliados três casos clínicos, sendo: ABC, 27 anos, sexo masculino, separado, sem filhos, recém-formado; BAC, 40 anos, sexo masculino, divorciado, um filho, especialista; CAB, 49 anos, sexo masculino, casado, dois filhos, especialista. Após a conceitualização cognitiva, baseada na entrevista clínica, houve o suporte da aplicação do Inventário de *Stress* para Adultos de LIPP (ISSL), do Inventário de Depressão de Beck (BDI) e do Inventário de Ansiedade de Beck (BAI). As técnicas cognitivas utilizadas foram: o questionamento

socrático, a detecção dos pensamentos automáticos disfuncionais, psicoeducação, automonitoramento, desenvolvimento da assertividade e resolução de problemas. O *stress* esteve presente nos três casos em diferentes fases: alarme, resistência e quase-exaustão. Nenhum em nível de exaustão. Os sintomas mais comuns foram: insônia, problemas gastrointestinais e um com sobrepeso. A depressão esteve presente em dois casos em um nível moderado, com sintomas como irritabilidade, hipersonia, absenteísmo, prostração e fadiga. Um dos casos indicou *stress* em função da extensa carga de trabalho. A queixa comum foi a carência de vínculos sociais, falta de atividades culturais, insegurança pública e a instabilidade de rotina em função das constantes viagens para as capitais e também para fora do país para atualização profissional, contato com os familiares e lazer; que implicam em perdas monetárias significantes, uma vez que a maioria é autônoma. A defasagem faz com que precisem trabalhar em dobro. O fator agravante observado nos três casos, se refere à pouca prática de atividades físicas regulares. É importante destacar que o clima da cidade é extremamente variável, cuja temperatura é extremamente alta ao longo do dia, oscilando entre 30 a 49° C, por quase oito meses do ano. Logo, além de estressores sociais, há também o estressor ambiental. Outro agravante é a tendência ao abuso de substâncias, sendo mais comum o uso de álcool. O atendimento a cada profissional evidenciou a necessidade de uma intervenção específica para os profissionais médicos em uma cidade, cujas características são peculiares ao restante do país, como o multiculturalismo, o alto índice de violência típicas da tríplice fronteira, o distanciamento dos familiares e amigos que residem em outras cidades e capitais e à inexistência de espaços urbanos propícios ao lazer para si e seus familiares, assim como a carência de habilidades sociais para construir e manter relações sociais locais. Constatou-se a necessidade de maior investigação quanto às habilidades sociais, tendo por base a aplicação do inventário de THS, uma vez que o trabalho para o desenvolvimento da assertividade foi indicado para todos os casos, além do manejo saudável do *stress* específico para cada paciente.

Palavras-chave: *stress*, reestruturação cognitiva, isolamento.

19.4 INTERVENÇÕES DE TCC E PSICOLOGIA POSITIVA EM ESTRESSE CRÔNICO: RELATO DE CASO

Stella Alcadipani (Bioethos - Clínica Médica, Foz do Iguaçu, PR)

Este estudo de caso descreve o processo psicoterapêutico de uma estudante de 22 anos diagnosticada com depressão dupla decorrente de estresse crônico tratada com intervenções baseadas em evidências da terapia cognitivo-comportamental e da psicologia positiva. Teve como meta desenvolver habilidades de controle do humor, do estresse e um bem-estar maior. Para o diagnóstico foi realizada entrevista clínica com aplicação dos Inventários Beck de Ansiedade e Depressão, o Inventário de Sintomas de *Stress* para Adultos de Lipp e a versão curta do Questionário dos Esquemas de Young. Os principais estressores externos identificados foram: (1) uma rotina extenuante, trabalhando durante o dia no setor financeiro de um mercado multinacional, e cursando faculdade de contabilidade à noite; (2) ambiente organizacional competitivo e pouca valorização de seu trabalho por seus superiores; (3) relação conflituosa com o melhor amigo, gerando instabilidade na relação e discussões frequentes; (4) maus hábitos alimentares, mantendo índice de massa corpórea abaixo do saudável para sua altura; (5) vida sedentária, mesmo já tendo sido atleta; e (6) pouca atividades prazerosas, passando os fins de semana dormindo a maior parte do dia (hipersonia), sem ânimo para sair ou se divertir com amigos. Como estressores internos foram identificados: (1) crenças distorcidas e estilo explanatório pessimista; e (2) nove esquemas

desadaptativos: abandono e instabilidade, auto-sacrifício, inibição emocional, padrões inflexíveis, vulnerabilidade a danos e doenças, autocontrole insuficiente, vergonha, desconfiança e abuso, fracasso. Inicialmente foram utilizadas técnicas cognitivo-comportamentais como a psicoeducação, a identificação de esquemas desadaptativos, a reestruturação cognitiva, o teste de evidências, a análise das vantagens e desvantagens das tomadas de decisões e resolução de problemas. Numa segunda etapa, usou-se estratégias da psicologia positiva como o reconhecimento de virtudes através da aplicação do questionário VIA de Forças Pessoais, o uso das virtudes para resolução de problemas, o diário de gratidão, a carta de perdão, discussão sobre o estilo explanatório otimista, identificação dos valores pessoais, definição de metas para o futuro, discussão sobre a vida plena, incluindo prazer, engajamento e sentido. Como resultado, após 40 sessões, a paciente alcançou os seguintes benefícios terapêuticos: (1) estabilização do humor, mesmo com recaídas por ter interrompido a medicação antidepressiva sem indicação médica aprendeu a sair dos estados depressivos através de atividades de interesse, engajamento e realização; (2) adquiriu hábitos alimentares saudáveis e ganhou 10 quilos com acompanhamento de uma nutricionista; (3) iniciou rotina de atividades físicas; (4) normalizou a carga de sono; (5) incluiu atividades de lazer nos fins de semana como assistir filmes; (5) afastou-se do amigo que lhe causava muito estresse; e (6) distribuiu currículo para buscar um emprego com clima organizacional mais saudável, no qual se sintia valorizada. Desta forma, observou-se uma ótima resposta no controle do humor e do *stress*, complementando a psicoterapia cognitivo-comportamental abordada através das dificuldades, com a psicoterapia positiva abordada através das forças. Para o tratamento da depressão, a abordagem das virtudes e do otimismo foi especialmente benéfica para desenvolver uma visão mais adaptativa e positiva de si, do mundo e do futuro.

Palavras-chaves: terapia cognitivo-comportamental, psicologia positiva, estresse crônico.

20. PSICOEDUCAÇÃO PARA ORIENTAÇÃO DE PAIS E ESCOLA NAS INTERVENÇÕES DA TERAPIA COGNITIVO COMPORTAMENTAL COM CRIANÇAS E ADOLESCENTES

Coordenadora: Patricia Barros (Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro – RJ)

A Psicoeducação é uma das ferramentas mais utilizadas nas intervenções em Terapia Cognitivo Comportamental (TCC). Especialmente no atendimento à crianças e adolescentes, esse recurso é de fundamental importância tanto para os próprios clientes quanto para suas famílias. O entendimento do funcionamento do transtorno ou problema da criança é o passo inicial para que toda a família não apenas compreenda os motivos subjacentes a cada comportamento da criança, mas também que escolham as estratégias adequadas a cada um deles. Assim, o primeiro passo do processo psicoeducativo em TCC envolve a compreensão do problema de maneira generalista. Em outras palavras, busca-se promover o entendimento que o modelo cognitivo-comportamental se utiliza para explicar determinado problema ou transtorno. Adicionalmente, é importante educar o paciente e sua família acerca dos mecanismos subjacentes a cada um deles, como por exemplo, descrever os papéis dos componentes biológicos e aprendidos e a maneira como funcionaria a interação entre os dois. Não o bastante, torna-se importante, em conjunto com o paciente e sua família, identificar de que forma tais sintomas se manifestam na vida daquela criança/adolescente e o impacto que causam em cada indivíduo e seu contexto. Alguns dos transtornos que ocorrem na infância e adolescência dependem intensamente da ferramenta da psicoeducação como base de sua intervenção, como é o caso da Síndrome de Asperger, do Transtorno Obsessivo Compulsivo

e do Transtorno do Déficit de Atenção/Hiperatividade. Suas classificações diagnósticas bastante diferenciadas entre si nos mostram a importância da psicoeducação independente da classificação geral nos manuais de saúde mental. No primeiro caso, a Síndrome de Asperger mostra um padrão de funcionamento peculiar, especialmente no que diz respeito ao aspecto social e ao processo de aprendizagem. No caso do Transtorno Obsessivo Compulsivo, a psicoeducação a respeito do modelo cognitivo-comportamental para a formação e manutenção dos pensamentos invasivos e repetitivos bem como dos rituais é um dos pilares do tratamento. Quanto ao Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade, o entendimento do funcionamento atencional e motivacional é central na elaboração das estratégias de intervenção junto aos pais e à escola. Não há, portanto, dúvidas relativas à importância da psicoeducação. O presente estudo tem como objetivo, portanto, abordar a aplicação da psicoeducação à família cuja criança/adolescente esteja sob tratamento em TCC buscando apresentar e discutir os principais pontos deste processo para cada um dos transtornos supracitados.

20.1 PSICOEDUCAÇÃO DA FAMÍLIA NO TRATAMENTO DO TRANSTORNO OBSESSIVO-COMPULSIVO EM CRIANÇAS.

Maria Alice de Castro (Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro)

O Transtorno obsessivo-compulsivo é um transtorno cujos sintomas interferem com a dinâmica familiar saudável. Certos sintomas em particular, interferem de maneira mais acentuada no funcionamento familiar como o colecionismo, obsessões de contaminação e rituais de lavagem. Estudos mostram que famílias de portadores de TOC mudam seu comportamento para acomodar-se aos sintomas ou se envolvem, de alguma forma, na realização dos rituais. É comum a restrição ao uso de objetos (móveis, roupas, talheres) e ao acesso a peças da casa (tanto por parte do portador como da família); a demora no banheiro; a preocupação excessiva com sujeira ou contaminações; manias de limpeza (por exemplo, lavando excessivamente as mãos, as roupas, o piso da casa), obrigando os demais membros da família a fazerem o mesmo. Essas preocupações, os cuidados excessivos e as exigências acabam interferindo nas rotinas da família e até no lazer, provocando discussões, atritos e desarmonia. Exigências no sentido de não interromper ou de participar dos rituais, dificuldades para sair, atrasos etc., comprometem a vida social, podendo levar à ruptura de relações conjugais ou à demissão de empregos. A família, na maioria das vezes, se envolve nos rituais do TOC, por acreditar que eles proporcionam alívio ao sofrimento do portador, não se dando conta de que com esse procedimento estão reforçando o transtorno. Por isso é crucial compreender o grau em que cada membro da família está envolvido com o TOC, a capacidade da família de suportar a criança afetada, e mutuamente, o grau que cada psicopatologia familiar interfere com a implementação da TCC. Este trabalho pretende mostrar a psicoeducação na família como efetiva na adesão dos efeitos dos tratamentos cognitivo-comportamental. Estudos propõem os seguintes objetivos nessa modalidade: Capacitar o paciente e sua família a aceitar o fato de que o paciente sofre de uma doença neurocomportamental que produz sintomas que podem afetar a autoestima, o humor, o sono, e o comportamento social; Ensinar o paciente e sua família a identificar e caracterizar sintomas específicos do TOC; Demonstrar para a família que os sintomas do transtorno têm, inevitavelmente, um impacto sobre seu estilo de vida. Também é interessante que os fundamentos e as características da terapia cognitivo-comportamental sejam esclarecidos para a família. Em que pressupostos ela se baseia; o que acontece durante a terapia: o aumento inicial da ansiedade em razão dos exercícios, o fenômeno da habituação e o desaparecimento gradual dos sintomas. É importante ainda que sejam mencionados detalhes práticos, como o

número e frequência das sessões, como são as sessões, os temas de casa, o planejamento das tarefas de exposição e de prevenção de rituais, as técnicas cognitivas e as perspectivas de melhora. Esses esclarecimentos que podem ser dados simultaneamente ao paciente e aos familiares, sem dúvida são cruciais para a adesão do paciente ao tratamento, e para ter os últimos como aliados.

Palavras Chave: Psicoeducação, Família, Transtorno Obsessivo-compulsivo.

20.2 ENTENDENDO A SÍNDROME DE ASPERGER: CONTRIBUIÇÕES DA PSICOEDUCAÇÃO PARA A ORIENTAÇÃO AOS PAIS.

Patricia Barros (Santa Casa de Misericórdia RJ)

Crianças e adolescentes com a Síndrome de Asperger (SA) apresentam funcionamento peculiar em três diferentes domínios cujas consequências estão relacionadas a uma série de padrões comportamentais repetitivos, dificuldades relacionadas às habilidades sociais e também de comunicação. Tais peculiaridades geram prejuízos significativos e persistentes em aspectos cotidianos básicos e em diferentes contextos sociais. Assim, as características essenciais desta síndrome são o tema primordial do processo psicoeducacional na Terapia Cognitivo Comportamental (TCC). A finalidade é o entendimento deste funcionamento peculiar auxiliando na orientação das condutas de manejo da família em relação a este jovem. A estimulação por parte dos cuidadores tem sido usada tanto como recurso principal quanto no auxílio a uma série de tratamentos voltados para esta síndrome. Muitos autores têm sugerido que os pais podem também funcionar como co-terapeutas facilitando e mediando a aplicação das estratégias aprendidas na terapia. A psicoeducação apresenta-se, então, como peça chave para que se atinja tais objetivos. Assim, neste estudo, pretende-se abordar os principais aspectos que pais e cuidadores devem entender sobre a SA facilitando o manejo cotidiano nos três principais domínios da SA. Serão apresentadas e discutidas não apenas a descrição de tais características, como também algumas ferramentas relativas à empatia. Em outras palavras, os pais são convidados a se colocarem no lugar de seus filhos vivenciando um pouco do modo como eles (os filhos) experimentam o mundo. Tal exercício tem impacto direto em uma série de aspectos terapêuticos como o aprimoramento das habilidades de comunicação entre pais e filhos, a auto-regulação emocional dos pais facilitando o manejo dos sintomas no dia a dia, dentre outros. A ideia principal é a de que, à medida que os pais entendam o funcionamento de seus filhos, eles passem, então, a desencadear menos atribuições distorcidas a respeito de seus comportamentos (dos filhos), passando a entender tais condutas como parte de um funcionamento peculiar, necessitando ser redirecionadas ao invés de punidas. Alguns recursos são utilizados neste processo: trechos de filmes que contenham as temáticas discutidas durante a psicoeducação, dramatizações, bem como material didático com orientações básicas sobre a síndrome. Este tipo de ferramenta pode ser aplicado como parte do tratamento individual de uma criança/adolescente participando do processo geral de orientação aos pais. Assumindo outro tipo de objetivo, a psicoeducação pode tomar forma como o único foco do tratamento, especialmente em crianças menores e que acabaram de receber o diagnóstico. Pode também fazer parte de sessões de terapia de família e ainda ser aplicada em grupo. Neste último, a ideia é não apenas receber informações a respeito da síndrome, mas também compartilhar experiências e informações entre os pais.

Palavras-chave: Asperger; Psicoeducação; Autismo

20.3 A IMPORTÂNCIA DA PSICOEDUCAÇÃO NO TRATAMENTO COGNITIVO COMPORTAMENTAL DO TRANSTORNO DO DÉFICIT DE ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE – TDAH

Conceição S. Fernandes (Consultório Particular-Rio de Janeiro-RJ)

O transtorno de déficit de atenção e hiperatividade- TDAH- é um transtorno neurobiológico prevalente em crianças e adolescentes. Em função dos sintomas e características do funcionamento destes pacientes, ele pode ser definido por envolver dificuldades de atenção, impulsividade, inibição de comportamentos, o que gera prejuízos funcionais significativos. Dentre estes encontram-se déficits em autorregulação dos comportamentos, falta de motivação interna para realização das atividades do cotidiano, inadequações de respostas diante dos estímulos em diversos ambientes nos quais estão inseridos e interações sociais prejudicadas. O tratamento de crianças e adolescentes com TDAH envolve psicofarmacologia e psicoterapia (com participação ativa dos contextos onde estão inseridos; neste caso a família e a escola são os mais atuantes.). A abordagem psicoterápica que tem se mostrado mais eficaz é a cognitivo-comportamental, por apresentar técnicas que atuam sobre a sintomatologia do transtorno; além de compreender e atuar sobre os aspectos psicossociais do mesmo, através da psicoeducação. Focando este último, o objetivo do presente trabalho é descrever como a psicoeducação dos pais e escola pode ser conduzida no tratamento de crianças e adolescentes com TDAH, potencializando os resultados do tratamento. Em um primeiro momento, a psicoeducação deve ser feita a partir de orientações e explicações sobre o quadro e sua sintomatologia. Além disso, inclui o desenvolvimento de estratégias sobre como lidar com os comportamentos e as dificuldades de aprendizagem e de socialização do paciente, para minimizar a ocorrência dos mesmos e de suas consequências negativas. Com a família, geralmente, há um programa de treinamento a fim de que aprendam a manejar os sintomas dos filho. Este é feito com periodicidade para possibilitar maior eficácia das orientações. Neste caso, são trabalhadas a implementação de estratégias, como: organização de estudos e planejamento das atividades; monitorização dos comportamentos; estabelecimentos de limites e compreensão de regras; controle de impulsos e respostas agressivas; estimulação diferenciada para os estudos; uso de reforçadores para aumentar ou diminuir frequência de comportamentos; entre outros. A psicoeducação junto à escola também se dá através de explicação sobre o transtorno para professores e orientadores. Associado a isto são geradas estratégias que auxiliem os profissionais e a instituição a facilitar a aprendizagem do conteúdo pedagógico; bem como propiciar que este aluno se socialize de maneira mais adequada. Acredita-se com isto que a psicoeducação não é só o passo inicial para um tratamento psicoterápico, mas também caminha em paralelo com o tratamento individual, pois modifica esquemas consolidados sobre o transtorno daqueles que estão ao redor do paciente. Isto permite um tratamento mais amplo e eficaz.

Palavras-chave: Psicoeducação, Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade; crianças e adolescentes.

COMUNICAÇÕES LIVRES

1. CONTRIBUIÇÕES DOS SISTEMAS DINÂMICOS NÃO LINEARES NA CLÍNICA COM PADRÕES DE PERSONALIDADE

Maurício Canton Bastos (Centro de Psicologia Aplicada e Formação - CPAF-RJ, Rio de Janeiro, RJ)

Padrões estáveis no modo de pensar, sentir e se relacionar são uma referência importante na definição de personalidade. A tendência de um sistema psicológico apresentar estabilidade e resistência à mudança também é uma característica do esquema, conceito utilizado na terapia cognitiva. Esquemas se perpetuam ao longo do tempo através de processos interpretativos e estratégias de coping que resultam de seu funcionamento. Em terapia cognitiva, esquemas são estruturas importantes da personalidade que ajudam a compreender a manutenção de padrões estáveis ao longo da vida do indivíduo. A resistência à mudança de padrões patológicos de personalidade é um problema conhecido e de difícil solução na clínica psicoterápica. O estudo de sistemas ou padrões dessa natureza coloca a noção de complexidade em destaque. Sistemas complexos são aqueles cuja dinâmica intrínseca não pode ser negada, de modo que apresentam-se em constante fluxo de transformações, ao mesmo tempo que revelam estabilidade e resistência à mudança. A perspectiva dos sistemas dinâmicos não lineares (SDN) representa uma visão contemporânea sobre sistemas complexos semelhantes ao sistema envolvido nesse debate. A principal marca dessa perspectiva é o reconhecimento de que os processos psicológicos, inclusive a personalidade, podem ser vistos como um conjunto de elementos cujas influências mútuas promovem a emergência de propriedades e comportamentos de ordem superior. Assim, movimentos específicos coordenam-se em ações complexas, pensamentos e sentimentos organizam-se em avaliações e julgamentos, interações sociais promovem a emergência de normas e crenças grupais. O objetivo do presente trabalho é introduzir conceitos oriundos da perspectiva dos SDNs, de modo colaborativo com a terapia cognitiva, na compreensão dos processos de personalidade. A principal tarefa buscada aqui é mostrar como, na perspectiva dos SDNs aplicada à personalidade, a individualidade emerge das interações entre elementos do sistema psicológico e fatores do ambiente, de modo a resultar em padrões estáveis com diferentes graus de resistência à mudança. O conceito de atrator é especialmente importante nesse contexto, pois ajuda a capturar de modo especial a relação entre estabilidade e mudança num sistema complexo. Mesmo na ausência de influência externa, os estados mentais assumem uma variedade de formas na medida em que o fluxo mental se desdobra em reflexões sobre experiências passadas e imaginação sobre resultados futuros. Apesar de um indivíduo experimentar, momento a momento de seu dia, grande diversidade de informações sobre si mesmo e sobre relações com o outro, ainda assim sustenta relativa estabilidade em seu modo de pensar e sentir em cada um desses domínios. O fluxo de pensamentos, sentimentos e comportamentos converge para estados específicos ou para alternâncias entre estados específicos. Atratores são estados ou padrões de alternância entre estados para os quais o sistema dinâmico evolui com o tempo e para os quais o sistema retorna quando é perturbado. Concluímos com a proposta de que o uso metateórico da abordagem dos SDN auxilia, de modo bastante enriquecedor, a análise de padrões arraigados e resistentes à mudança, assim como o uso estratégico das diferentes técnicas de intervenção cognitivo-comportamental.

Palavras-chave: Personalidade, Sistemas Dinâmicos Não Lineares, Esquemas

2. O MANEJO DA RELAÇÃO TERAPÊUTICA NO TRANSTORNO DA PERSONALIDADE ESQUIZÓIDE

Pedro José dos Santos Carvalho de Gouvêa (Centro de Psicologia Aplicada e Formação – CPAF-RJ, Rio de Janeiro, RJ)

O presente trabalho tem como objetivo identificar e analisar as variáveis presentes na relação terapêutica com pacientes que apresentam transtorno da personalidade esquizóide, assim como apontar direções e propostas de manejo no relacionamento com tais pacientes no contexto clínico. Este trabalho será constituído de uma revisão teórica sobre o tema, com base em uma perspectiva analítico-comportamental, enfatizando os aspectos funcionais da relação. Entende-se por relação terapêutica, um conjunto de interações regulares entre terapeuta e paciente, mutuamente reforçadas, e que possui um caráter de ajuda. Pacientes com transtorno da personalidade esquizóide possuem uma marcada dificuldade de interação social e expressão emocional restrita, sendo por vezes rotulados como estranhos, frios ou vazios de afeto. Entretanto, para a análise do comportamento, essas características não seriam patológicas em si, mas sim aprendidas ao longo da história do sujeito, sendo mantidas por contingências passadas e atuais de reforçamento, de forma que tais comportamentos teriam uma função. Deste modo, o comportamento esquizóide pode ser explicado pelo mesmo conjunto de leis que o comportamento dito “normal”. A partir desse entendimento, cabe ao terapeuta realizar uma análise funcional individualizada do caso, com o objetivo de avaliar, compreender e intervir sobre os comportamentos-alvo e sobre as variáveis que os mantêm. Tendo em vista as características específicas do transtorno da personalidade esquizóide já mencionadas, consideramos de extrema importância e utilidade que o terapeuta tenha como foco o estabelecimento de uma relação terapêutica sólida e diferenciada. Partindo da hipótese de que os comportamentos esquizóides provavelmente ocorrerão na interação com o terapeuta, cabe a este utilizar suas próprias reações e comportamentos para modelar o comportamento do paciente. Em um primeiro momento, a tarefa do terapeuta seria conseguir tempo, criar meios do contato ter continuidade, se tornando ele mesmo um reforçador, através de uma escuta não punitiva, ou seja, uma escuta que permita a livre expressão do paciente, sem censura ou julgamentos. A medida que o terapeuta funcione como uma audiência não punitiva, a interação entre ele e o paciente esquizóide tende a adquirir funções específicas. A primeira função seria a do comportamento do terapeuta se tornar reforçador para algumas respostas do paciente, como por exemplo, a expressão de apoio e empatia por parte do profissional aumentaria a probabilidade do paciente se abrir mais e relatar eventos importantes da sua vida. Outra função importante seria o comportamento do terapeuta funcionar como estímulo condicionado, evocando sensações de bem-estar, como por exemplo, o tom de voz do terapeuta despertar tranquilidade no paciente. Uma terceira função seria o comportamento (do terapeuta) funcionar como estímulo discriminativo para a emissão de respostas mais próximas da qual se deseja obter, dentro e fora do consultório. Assim, concluímos que para o sucesso da psicoterapia com pacientes esquizóides, é essencial que o clínico desenvolva uma relação acolhedora, genuína, envolvente e cuidadosa com o seu paciente, criando um ambiente seguro e confiável, de forma a promover e ampliar um repertório social adequado deste, tanto dentro como fora do consultório.

Palavras-chave: Relação Terapêutica, Transtorno Esquizóide, Análise do Comportamento

3. RESILIÊNCIA E PERSONALIDADE EM MÉDICOS RESIDENTES

Rosana Trindade Santos Rodrigues; George Barbosa; Paulo Antonio Chiavone (Universidade Anhembi Morumbi – UAM).

O artigo é um recorte da defesa de tese doutorado e tem como objetivo apresentar as interfaces teóricas e estatísticas possíveis entre a teoria da personalidade e a metodologia denominada Abordagem Resiliente. Em tempos atuais, em que a preocupação com prevenção e promoção de saúde se faz necessária, a Resiliência surge como um conceito de extrema importância. A associação da Resiliência com características de personalidade para uma forma consistente de conhecer o indivíduo e identificar focos para intervenção. Metodologicamente é um estudo de coorte prospectivo, com amostra de 121 médicos residentes de primeiro ano da ISCMSP, onde os oito modelos de crenças determinantes (MCDs) para a resiliência, estruturados a partir da teoria da Terapia Cognitiva, são confrontados com as características de personalidade e a Resiliência medida. Os instrumentos utilizados foram: o Inventário Fatorial de Personalidade (IFP) e a Escala de Resiliência. Após a aplicação dos instrumentos foi feita uma aproximação entre as características de personalidade e os modelos de crenças determinantes de Resiliência, por meio das semelhanças na descrição de ambos. Assim verificou-se como principais resultados forte Resiliência apresentada por 64,9% dos médicos residentes deste estudo. A forte Resiliência relacionada aos MCDs *autocontrole*, *autoconfiança*, *empatia*, *otimismo para a vida* e *sentido da vida* se associaram aos altos escores para as características de personalidade *desempenho*, *autonomia* *persistência*, *afiliação*, *deferência* e baixos escores para *denegação* e *agressão*. A fraca Resiliência relacionada aos MCDs *análise do contexto* e *conquistar e manter pessoas* se associaram aos altos escores para as características de personalidade *intração*, *ordem e exibição* e baixo escore para a característica de personalidade *afago*. O maior prejuízo foi constatado em relação ao MCD *leitura corporal* que se associou aos baixos escores em relação às características de personalidade *heterossexualidade* e *mudança*, constituindo para esta amostra o principal foco para desenvolvimento de intervenção. Este resultado aponta para a dificuldade do médico em observar-se e cuidar-se, o que pode levá-lo à exaustão como tem sido descritos em vários artigos científicos. Concluiu-se principalmente que a descrição das características de Personalidade muito se assemelhou com os Modelos de Crenças Determinantes de Resiliência. Desta forma, o estudo da Resiliência e sua associação às características de Personalidade pode ser uma ferramenta de grande contribuição para a avaliação da Resiliência em seus pontos fortes e fracos. Diante destas informações pode-se gerar desenvolvimento de estratégias de intervenção para melhorar a Resiliência de profissionais, especialmente aqueles que compõem grupos em situações adversas, como no caso deste estudo, os médicos e com isso diminuir os riscos de adoecimento físico e emocional.

Palavras-chave: Resiliência, Personalidade, Médicos residentes

4. INTERVENÇÕES PARA A PROMOÇÃO DO PERDÃO: OS PRINCIPAIS MODELOS.

Vanessa Dordron de Pinho; Eliane M. de Oliveira Falcone (Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social da Universidade do estado do Rio de Janeiro).

Estudos sobre o perdão no campo da ciência psicológica são recentes e contam com cerca de 40 anos. Na área da psicoterapia, estratégias voltadas para a promoção do perdão interpessoal começaram a surgir nos anos 80 e 90 com estudos de caso. A partir do ano 2000, tem florescido a literatura sobre intervenções em perdão baseada em protocolos de tratamento. A psicologia do perdão tem se fundamentado, especialmente, no enfoque cognitivo-comportamental, que entende as transgressões interpessoais como a percepção, pela vítima, de um evento que a feriu ou ofendeu e que foi provocado por outro indivíduo (ofensor), e que gera, como consequências, mudanças cognitivas, afetivas, comportamentais e motivacionais em relação ao ofensor, em um sentido negativo. Quando o perdão é alcançado, mudanças afetivas, cognitivas, comportamentais e motivacionais na vítima, em relação ao ofensor, ocorrem em um sentido positivo. Com o propósito de identificar e compreender melhor as intervenções (pressupostos, métodos e técnicas) que vêm sendo utilizadas para promover o perdão interpessoal, o presente trabalho teve como objetivo a revisão sistemática da literatura, a partir das bases de dados PubMed e PsycINFO. Os descritores usados foram: “Forgiveness and Therapy” e “Forgiveness and Intervention”. Os critérios de inclusão foram: artigos; na íntegra; publicados a partir de 1980; com intervenções individuais ou em grupo, mas não com casais; presença das palavras-chaves no resumo. Chegou-se a uma amostra final de 20 artigos selecionados e recuperados, após a leitura dos resumos e observação do cumprimento dos critérios de inclusão. Os artigos escolhidos foram lidos na íntegra. Foi usada uma planilha do Excel para a tabulação dos dados, como ano da publicação, objetivos da intervenção, modelo de tratamento, resultados obtidos etc. Os dados então foram analisados teoricamente. Os resultados indicaram que são dois os principais modelos de intervenção que vêm sendo usados (e adaptados para a população específica de cada estudo) para promover o perdão de uma vítima em relação a um ofensor: o modelo do processo do perdão e o método REACH. O primeiro se baseia nas etapas que a vítima passa até alcançar o perdão, sendo composto por 20 unidades e 4 fases (descoberta, decisão, trabalho e aprofundamento). O segundo modelo é constituído por 5 etapas, e cada uma é representada por uma letra no acróstico REACH (Relembrar a ofensa; Empatizar com o ofensor; presente Altruísta; Comprometer-se com o perdão; e manter – *Hold on*, no inglês – o perdão). Como conclusões, pôde-se observar que esses modelos têm sido empregados para uma ampla variedade de transgressões interpessoais com resultados promissores. Pôde-se notar, ainda, que embora os propositores de cada modelo tenham um entendimento conceitual do perdão levemente diferentes um do outro, diversas estratégias de intervenção são compartilhadas, como definição do perdão com os participantes, desenvolvimento da empatia pelo ofensor e estabelecimento do compromisso com o perdão.

Palavras-chave: transgressões interpessoais; perdão; intervenção.

5. AS RELAÇÕES ENTRE EMPATIA E TRANSTORNOS MENTAIS: UM ESTUDO EXPLORATÓRIO

Monique Gomes Plácido, Stèphanie Krieger, Lucimar da Costa Torres Electo, Evlyn Rodrigues Oliveira, Juliana Furtado D'Augustin, Vanessa Dordron de Pinho, Eliane Mary de Oliveira Falcone (Universidade do Estado do Rio de Janeiro, UERJ, Rio de Janeiro, RJ)

A empatia vem demonstrando ter influência para o bem-estar individual e social, sendo assim, objeto de estudo de diversas áreas da psicologia. Esta tem sido concebida como um construto multidimensional que contém aspectos cognitivos, afetivos e comportamentais, podendo ser definida como a habilidade de compreender, de forma acurada, a perspectiva de outra pessoa, compartilhar ou considerar os sentimentos e necessidades desta, expressando este entendimento para que o outro se sinta compreendido e validado. A ausência de empatia pode levar à menor consciência de como o outro se encontra e à menor interação com outras pessoas, o que por sua vez dificulta a antecipação dos sentimentos e reações, favorecendo o egocentrismo. Diversos estudos apontam que deficiências na habilidade empática estão relacionadas com transtornos do espectro autista, esquizofrenia, transtornos de personalidade, ansiedade elevada e estilo cognitivo disfuncional, conflitos conjugais e agressividade na infância. Deste modo, a empatia parece exercer grande influência na saúde mental. Este estudo procurou avaliar as relações entre níveis de empatia e a probabilidade de desenvolvimento de um transtorno psicológico. O nível de empatia foi medido pelo Inventário de Empatia (IE), subdividido em quatro fatores: Tomada de Perspectiva (TP), Flexibilidade Interpessoal (FI), Altruísmo (AL) e Sensibilidade Afetiva (SA), enquanto a propensão a desenvolver um transtorno mental foi avaliada através do *Self-Reported questionnaire* (SRQ-20). Após aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa da UERJ, 534 participantes de ambos os sexos, com idade média de 32 anos e pelo menos o ensino fundamental completo responderam os instrumentos. Os dados foram submetidos ao SPSS e foi feita a Correlação de Pearson entre os quatro fatores do IE e o SRQ-20. Os resultados encontrados mostraram que o SRQ se correlacionou com os Fatores TP (-.12) e AL (-.12) de modo significativo e inverso. Os Fatores FI e SA apresentaram correlações com o SRQ (.08 e .02, respectivamente), porém, estas não foram significativas. Estes resultados demonstram que indivíduos com maior propensão a desenvolver um transtorno psicológico parecem ter dificuldades em tomar a perspectiva do outro e manifestar empatia através de comportamentos de ajuda ou altruístas (Fatores TP e AL). A deficiência na capacidade de adotar o ponto de vista dos outros parece também estar relacionado à intolerância frente a pensamentos e atitudes divergentes dos próprios, esta pode ser a razão pela qual a TP, e não a FI, tenha se correlacionado com o SRQ. No entanto, pessoas emocionalmente perturbadas ou não, podem experimentar sentimentos de compaixão e contágio emocional, expressos pelo Fator SA, que podem levar a respostas egocêntricas ou em prol do outro. Desse modo, a tomada de perspectiva parece se constituir como o elemento principal que diferencia indivíduos saudáveis daqueles com maior probabilidade de desenvolver transtornos mentais. Este trabalho permitiu observar que deficiências em empatia parecem estar relacionadas a diversos quadros psicopatológicos. Pode-se destacar a importância de seu treinamento para a melhoria da qualidade de vida, redução de conflitos interpessoais e como recurso preventivo de transtornos mentais.

Palavras-chave: Empatia, Transtornos Psicológicos, Saúde Mental

Apoio: o projeto contou com bolsas FAPERJ e PIBIC-UERJ de iniciação científica.

6. AS RELAÇÕES ENTRE HABILIDADES SOCIAIS E ESTRESSE OCUPACIONAL EM SUBMARINISTAS NA MARINHA DO BRASIL

Camila Menkes; Angela Donato Oliva (Universidade do Estado do Rio de Janeiro, UERJ, Rio de Janeiro, RJ)

O presente estudo se propõe a identificar possíveis relações entre o repertório de habilidades sociais e o nível de estresse em submarinistas na Marinha do Brasil. O trabalho em um submarino submete os profissionais a diversos riscos e à situação de confinamento, caracterizando-se como um ambiente bastante específico, o qual demanda uma série de requisitos pessoais e profissionais. O assunto em questão torna-se foco de particular relevância, uma vez que alguns estudos mostram que o trabalho em submarino proporciona grandes estressores ao militar embarcado. Outros estudos também indicam que as deficiências em habilidades sociais podem contribuir para o desenvolvimento do estresse, uma vez que as pessoas socialmente habilidosas teriam mais recursos cognitivos e comportamentais para lidar com essa exposição, reduzindo assim a probabilidade de ativação fisiológica e, por conseguinte, apresentando menos reações de estresse. Nesse sentido, um bom repertório de habilidades sociais seria um fator de proteção em relação aos estressores que estão presentes nesse contexto profissional. Além disso, pesquisas indicam que os conflitos interpessoais também estão relacionados com desempenhos profissionais improdutivos e que, por outro lado, pessoas socialmente competentes apresentam relações profissionais mais satisfatórias, além de proporcionarem clima organizacional mais estimulante e produtivo. A amostra do estudo foi composta de 106 militares da Marinha do Brasil, do sexo masculino, trabalhando em submarinos. Os participantes foram selecionados por conveniência, facilidade de acesso e de maneira não probabilística. Para a coleta de dados, foram utilizados os seguintes instrumentos: (1) Questionário Demográfico - destinado a caracterizar informações da amostra, como idade, escolaridade, estado civil e tempo de serviço na Marinha do Brasil (2) Inventário de Habilidades Sociais (IHS) - instrumento que tem por objetivo caracterizar o desempenho social em diferentes situações; (3) Inventário de Empatia (IE) - avalia os aspectos cognitivo, afetivo e comportamental da empatia; e (4) Inventário de Sintomas de Stress para Adultos (ISSL) - permite realizar um diagnóstico de estresse. Os dados foram analisados utilizando o Teste-*t* de *Student* e o Qui-quadrado. Os resultados preliminares indicam que as deficiências em habilidades sociais não estão associadas à ocorrência de estresse na amostra estudada. Nesse contexto as habilidades sociais parecem não ter um papel relevante para o desencadeamento do estresse. Talvez fatores de outra natureza contribuam de forma mais significativa para o estresse nessa população. Com este estudo buscou-se maior compreensão sobre o nível de estresse e o papel das habilidades sociais na adaptação dos submarinistas ao seu ambiente profissional.

Palavras chave: Habilidades Sociais; Estresse Ocupacional; Submarinistas.

7. TERAPIA DIALÉTICA COMPORTAMENTAL EM TRANSTORNOS DO IMPULSO.

Daniela Faertes (Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro – SCMRJ, Serviço de dependência química e transtornos do impulso)

A terapia dialética comportamental (TDC) é uma modalidade de terapia cognitiva desenvolvida por Marsha Linehan e foi originalmente um modelo proposto para o tratamento do transtorno de personalidade borderline. Atualmente a *American Psychiatric Association* assume a TDC como o tratamento de regulação afetiva mais eficaz e empiricamente suportado para esse tipo de transtorno. Estudos recentes demonstram a eficácia da TDC para populações diagnosticadas com transtornos do impulso. Nesta apresentação serão abordados brevemente e mencionados os quatro componentes principais desta modalidade terapêutica, e a análise da eficácia dessa terapia no tratamento de transtornos do impulso como transtornos relacionados ao abuso de substâncias, transtornos alimentares entre outros. O método utilizado para tal seria da literatura de artigos nas bases de dados PsycInfo e MedLine, em livros de referência sobre o assunto e da experiência clínica da aplicação deste modelo teórico em pacientes com transtornos do impulso. A terapia foca em iniciar-se com a diminuição de comportamentos de risco; depois prestar atenção a comportamentos que interfiram na adesão e no sucesso do tratamento, e em reduzir as interferências de comportamentos associados à qualidade de vida. Esse processo da-se através de um conjunto de módulos no qual baseia-se esta modalidade de tratamento. São eles: *Treino de tolerância ao stress* que envolve a tolerância e resistência a crises; *Mindfulness* que baseia-se em algumas práticas zenbudistas, permitindo experienciar emoções sem reagir por meio de comportamentos disfuncionais; *Regulação emocional* onde por meio desta os pacientes aprendem a identificar e compreender as funções das próprias emoções, a diferenciá-las, a reduzir a vulnerabilidade para expressar e vivenciar emoções intensas; *Efetividade interpessoal* que utiliza técnicas de habilidades sociais e treinamento de um conjunto de cenários prováveis no âmbito de relacionamentos interpessoais. Assim, a terapia comportamental dialética, inicialmente desenhada para o transtorno de personalidade borderline, tem-se estendido a outros transtornos do eixo I. Sua aplicação a outros transtornos do impulso sustenta-se num paradigma dialético com o recurso das estratégias comportamentais e cognitivas. Esse modelo permite aos pacientes uma regulação mais efetiva dos estados afetivos negativa, reduzindo a probabilidade da ocorrência de comportamentos impulsivos. Embora não haja inúmeros estudos sobre a sua eficácia, os resultados existentes sugerem a eficácia da terapia comportamental dialética nas populações descritas como impulsivas apoiando-se, sobretudo pelo fato de esses transtornos envolverem dificuldades na regulação afetiva e por esses indivíduos apresentarem escassas competências nessa área, dimensões pouco exploradas por outras terapias sendo, portanto uma alternativa a casos resistentes a terapia cognitiva de Beck.

Palavras-chave: Terapia dialética comportamental, impulsividade, regulação afetiva

8. ESTUDOS SOBRE RUMINAÇÃO: O PARADIGMA DA EXPOSIÇÃO A FILME-TRAUMA EM REALIDADE VIRTUAL

Luciana Pucci Santos, Raquel Gonçalves, Paula Ventura, Ivan Figueira (IPUB – Universidade Federal do Rio de Janeiro, RJ)

Atualmente, convive-se com intensa carga de eventos ansiogênicos nos grandes centros urbanos. Diante destes, algumas pessoas evitam pensar no assunto, procurando distrações em outras atividades ou, efetivamente, agem na resolução de seus problemas. Outras concentram sua atenção sobre si mesmas, sobre seus sentimentos e sobre as situações de forma a procurar/esperar *insights* sobre seus estados de humor para resolver suas questões, isto é, ruminam. Contudo, o que acontece durante esta busca por soluções não conduz ao desfecho inicialmente desejado. Pelo contrário, o ruminador tende a não solucionar seus problemas, podendo perceber-se como incapaz, além de poder exacerbar suas emoções negativas, tornando-as crônicas. Além disso, quando relacionada a trauma, a ruminação é considerada preditora do Transtorno de Estresse Pós-traumático (TEPT). Pelo exposto, pesquisas sobre estratégias de enfrentamento para ruminação são importantes na elaboração de técnicas de intervenção adequadas à minimização do impacto psicológico gerado por esta. Dentre essas iniciativas, estão as pesquisas utilizando o paradigma do filme-trauma como laboratório análogo ao desenvolvimento de sintomas do TEPT. Assim, o objetivo deste trabalho é fornecer um panorama inicial dos estudos sobre ruminação através da utilização do paradigma filme-trauma em realidade virtual. E o método utilizado é a narrativa da literatura atual. De um lado, por se caracterizar o pensamento ruminativo por uma cadeia de pensamentos repetitivos, persistentes e retro-alimentados que se perpetuam ao longo do tempo, a ruminação pode ser um processo cognitivo para evitar o surgimento de novos pensamentos mais angustiantes, que incluiria como possíveis conseqüências cognitivas e comportamentais: memória fragmentária e revivescência, também presentes no TEPT. De outro lado, estudos experimentais de indução a ruminação em laboratório detectam dificuldade ao utilizar recursos audiovisuais tradicionais, já que os participantes relatam não se sentirem imersos o suficiente na situação experimental para gerar ruminação. Ademais, diversos estudos demonstraram a utilidade e validade do paradigma filme-trauma para estudar, analogamente, o desenvolvimento e modulação dos sintomas do TEPT. Portanto, a investigação experimental sobre ruminação passou a ser realizada em um formato análogo ao desenvolvimento de sintomas de TEPT, utilizando-se o paradigma de exposição a filme-trauma. Este consiste na exposição a vídeo mostrando cenas reais angustiantes de conseqüências de eventos traumáticos como estressor análogo a trauma. Nesse sentido, utilizando-se de realidade virtual que disponibiliza interfaces interativas mais próximas aos sentidos humanos, os estudos sobre ruminação embasados no paradigma filme-trauma possibilitam a exposição, a imersão e a interação em condições ambientais virtualmente controladas, tornando-se um importante recurso de pesquisa. A adoção desta tecnologia se dá em termos de exposição virtual de imagens, textos, hipertextos, filmes, jogos interativos, etc, que podem estar envolvidos na eliciação de ruminação bem como em procedimentos de manipulação cognitiva para o seu manejo, permitindo ao pesquisador investigar, controladamente, todo este processo. Além do mais, a realidade virtual é um tipo de tecnologia conectável a outros sistemas tecnológicos de avaliação como aquelas que mensuram variáveis psicofisiológicas.

Palavras-chave: Estudos sobre Ruminação; Paradigma Laboratório-Trauma; Realidade Virtual.

9. PREVENÇÃO DO TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO EM QUEIMADOS.

Maria Pia Coimbra; Cristiane Figueiredo (Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro, Clínica Particular, Rio de Janeiro, RJ)

O Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT) é caracterizado pelo extenso quadro de sintomas físicos, emocionais e comportamentais, que trazem prejuízos nos aspectos profissional, social e familiar do paciente. Entre as reações comuns ao trauma encontramos: medo e ansiedade, revivência, excitabilidade aumentada, evitação, sentimento de culpa e raiva. A prevalência de TEPT na população geral ao longo da vida é de aproximadamente 8%, sendo um dos transtornos psiquiátricos mais comuns na sociedade atual. Existem diversos fatores apontados como preditores para o desenvolvimento de TEPT, como por exemplo, transtornos psiquiátricos pré-existent, histórico de transtorno psiquiátrico na família, traumas na infância e alto afeto negativo, diagnóstico de Transtorno de Estresse Agudo (TEA) logo após o trauma. É elevado o índice de pacientes que chegam ao Centro de Tratamento de Queimados (CTQ) após evento traumático envolvendo grande injúria física, sofrimento psíquico, risco de morte e dor intensa, sendo assim, é possível supor que muitos apresentem sintomas de transtorno de estresse agudo. O Transtorno de Estresse Agudo tem grande prevalência em pacientes vítimas de queimadura, atingindo uma faixa de 11 a 32%. Algumas pesquisas sugerem que 45% deste tipo de paciente hospitalizados desenvolvem TEPT depois de um ano. Estudos sugerem para a possível prevenção do TEPT a partir da intervenção precoce em pacientes com sintomas de TEA por meio de uma abordagem cognitivo-comportamental. O objetivo desse trabalho consiste na construção de um protocolo de prevenção para o TEPT baseado na Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC). Espera-se também contribuir para a reflexão sobre a aplicabilidade e as adaptações de técnicas originalmente pensadas para uso em um ambiente clínico/ambulatorial para o ambiente hospitalar com vistas à melhora dos sintomas relatados pelos pacientes internados. Nesse contexto, foi realizado o atendimento de pacientes vítimas de queimadura internados em um hospital municipal do Rio de Janeiro. Foram utilizadas, além da entrevista, uma tradução livre da escala de Transtorno de Estresse Agudo. As sessões se iniciaram na primeira semana de internação. Os pacientes foram alocados randomicamente em dois grupos: grupo de tratamento com TCC e o grupo de apoio psicológico de enfermeiros, médicos e familiares. Depois de confirmado o diagnóstico do transtorno foram realizadas 3 sessões semanais ao longo de 15 dias. Estas sessões tiveram duração média de 45 minutos e foram utilizadas as seguintes técnicas e procedimentos cognitivo-comportamentais: reestruturação cognitiva, exposição *in vivo*, exposição imaginária, relaxamento muscular e respiração diafragmática. Após a coleta do material será feita uma análise dos tipos de queimadura, dados sócio-demográficos e a relação destes com as crenças identificadas de cada paciente, além da readministração da escala de Transtorno de Estresse Agudo.

Palavras-chave: Queimados, Transtorno de Estresse Pós-Traumático, Prevenção.

10. STRESS E QUALIDADE DE VIDA EM PACIENTES HIPERTENSAS

Christiane dos Santos Miranda*; Milena Cherem Peixoto**, Núbia Rodrigues Nascimento**, Raquel Ayres de Almeida****, Lucia Emmanoel Novaes Malagris (Universidade Federal do Rio de Janeiro, Brasil)

*Bolsista Iniciação Científica UFRJ

**Bolsista Iniciação Científica FAPERJ

***Doutoranda UFRJ

****Professora do Programa de Pós-Graduação em Psicologia - UFRJ

Stress define-se por uma reação do nosso organismo que ocorre quando nos deparamos com algo positivo ou negativo, mas que ultrapassa a capacidade de enfrentamento do indivíduo. Trata-se de um estado mental e físico que desequilibra e enfraquece o funcionamento do sistema imunológico do organismo. Por enfraquecer o sistema imunológico, o indivíduo pode ficar mais vulnerável ao surgimento ou desencadeamento de doenças, como a hipertensão em pessoas predispostas à doença. Ao mesmo tempo, tem sido estudado que o fato de um indivíduo ter uma doença crônica pode contribuir para que ele se estresse, devido a perdas relacionadas à própria doença e mudanças no estilo de vida que se mostram necessárias a partir do diagnóstico. No caso da hipertensão observa-se prejuízos não só para a área da saúde, mas para a qualidade de vida como um todo, havendo influências sobre outras áreas da vida, como a área social, afetivo/familiar e ocupacional. Por ser uma doença assintomática, na maioria dos casos, a hipertensão tem seu diagnóstico tardio quando em sua maioria a qualidade de vida do indivíduo já sofreu repercussões negativas. Por isso, a qualidade de vida do hipertenso tem se tornado foco de investigação clínica e atenção ao doente, sendo valorizada na elaboração de práticas assistenciais de promoção da saúde e prevenção da doença, visando à diminuição dos diagnósticos e redução dos gastos por parte da saúde pública. Este estudo faz parte de uma pesquisa maior em andamento no Hospital Escola São Francisco de Assis (HESFA) da UFRJ que objetiva avaliar duas formas de intervenção psicológica para controle do *stress* de mulheres hipertensas: treino de controle do *stress* e técnicas de relaxamento e respiração profunda. O objetivo do presente estudo foi investigar presença e nível de *stress* e qualidade de vida de mulheres hipertensas atendidas no ambulatório do HESFA. As participantes do estudo são 20 mulheres hipertensas submetidas à aplicação de dois instrumentos: Inventário de Sintomas de *Stress* para Adultos de Lipp e o Inventário de Qualidade de Vida de Lipp. Os resultados serão apresentados e discutidos à luz da literatura. Pretende-se, assim, verificar a realidade da amostra quanto à presença de *stress*, nível de *stress* e qualidade de vida, visando comparar com dados encontrados na literatura na área.

Palavras-chave: *stress*, qualidade de vida e hipertensão arterial.

11. AVALIAÇÃO DA VALIDADE DISCRIMINANTE DO INVENTÁRIO DE EMPATIA (IE)

Eliane Mary de Oliveira Falcone; Monique Gomes Placido; Lucimar da Costa Torres Electo; Stêphanie Krieger; Layse Costa Pinheiro; Keyth de Oliveira Vianna; Vanessa Dordron de Pinho; Conceição Santos Fernandes; Camila Morais Ribeiro; Evlyn Rodrigues Oliveira; Maria Cristina Ferreira

A empatia tem se destacado como uma importante habilidade social no campo das relações interpessoais. Este construto é compreendido como fenômeno multidimensional complexo que envolve componentes cognitivos, afetivos e comportamentais. Esta é definida como habilidade de compreender acuradamente o outro, bem como considerar os sentimentos e necessidades e de expressar entendimento de forma que o outro se sinta validado. Deficiências em experimentar e expressar empatia têm sido relacionadas à agressividade na infância, à ansiedade elevada e estilo cognitivo disfuncional, enquanto a habilidade em experimentar e expressar empatia tem se relacionado ao autocontrole da agressividade e a efeitos positivos nos mais diversos tipos de relacionamentos, o que implica em um melhor bem estar pessoal e social. A raiva corresponde a uma emoção primária que evoluiu para aumentar a sobrevivência das espécies através da autodefesa e da regulação de comportamentos sociais. Esta é definida como um estado emocional que abrange sentimentos que variam desde aborrecimento leve ou irritação até a fúria, que são acompanhados por uma estimulação do sistema nervoso autônomo. Estudos empíricos sugerem haver uma relação inversa entre a empatia e a experiência de raiva, apontando que a capacidade de tomar a perspectiva de outra pessoa pode moderar a experiência da raiva, fazendo com que esta seja mais adaptativa. Assim, este estudo avaliou a validade discriminante entre o Inventário de Empatia (IE) e o Inventário de Expressão de Raiva como Estado e Traço (STAXI). O IE é composto por quatro fatores que avaliam a habilidade empática: TP- Tomada de Perspectiva, FI- Flexibilidade Interpessoal, AL- Altruísmo e SA- Sensibilidade Afetiva. O STAXI é composto por seis escalas que avaliam: 1) Estado de raiva; 2) Traço de raiva; 3) Raiva para dentro 4) Raiva para fora; 5) Controle da Raiva e 6) Expressão da Raiva. Participaram deste estudo 537 indivíduos adultos, com idade média de 32 anos e de ambos os sexos. Após aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética da instituição do autor principal, os participantes responderam individualmente os instrumentos. Os dados obtidos foram submetidos ao *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS), onde foram calculados coeficientes de Correlação de Pearson entre os quatro fatores do IE e os diferentes fatores do STAXI. Os Fatores TP e FI apresentaram correlações significativas com todas as escalas do STAXI, enquanto o Fator Al só se correlacionou significativamente com a Raiva para Dentro, e o Fator SA, com o Estado de Raiva, Controle da Raiva e Expressão da Raiva. Deste modo, os resultados do estudo confirmam as relações entre empatia e capacidade de moderação da raiva e sugerem ainda, que as dimensões cognitivas da empatia são mais requeridas do que as dimensões afetivas no manejo dessa emoção. Em conjunto, os resultados deste estudo apoiam a validade discriminante do IE em relação à raiva, já que, o referido instrumento constitui-se em uma medida da habilidade empática que se diferencia da medida da raiva. Os achados obtidos corroboraram, portanto, a validade de construto do IE e aprimoraram suas qualidades psicométricas, quanto à avaliação da habilidade empática.

Palavras-Chave: Empatia, Raiva, Relações interpessoais.

12. CORRELAÇÕES ENTRE O INVENTÁRIO DE EMPATIA (I.E.) E UMA MEDIDA DE APEGO ADULTO

Eliane Mary de Oliveira Falcone; Lucimar da Costa Torres Electo; Stèphanie Krieger; Monique Gomes Plácido; Keyth de Oliveira Vianna; Vanessa Dordron de Pinho; Conceição Santos Fernandes; Camila Morais Ribeiro (Universidade do Estado do Rio de Janeiro, UERJ, Rio de Janeiro, RJ); Maria Cristina Ferreira (Universidade Salgado de Oliveira, UNIVERSO, Niterói, RJ).

A empatia é definida como a capacidade de compreender de forma acurada, os sentimentos e pensamentos de outra pessoa, expressando este entendimento de maneira que esta se sinta compreendida e validada. Considerada como uma habilidade social multidimensional é composta de elementos cognitivos, afetivos e comportamentais. O componente cognitivo se refere à capacidade acurada de inferir sentimentos e pensamentos da pessoa alvo, incluindo processos de flexibilidade mental, autoconsciência e consciência do outro. O componente afetivo engloba um interesse genuíno de preocupação e consideração com os sentimentos do outro, sem necessariamente experimentar os mesmos sentimentos. O componente comportamental está relacionado à expressão verbal ou não verbal desse entendimento, de modo que o outro se sinta compreendido e validado. Estudos apontam para uma sustentação mútua entre empatia e apego, de modo que níveis elevados de empatia se correlacionam positivamente com estilos seguros de apego e negativamente com estilos inseguros de apego, apresentando-se de forma inversa para níveis mais baixos de empatia. O objetivo deste estudo foi avaliar as relações entre empatia e apego a partir do Inventário de Empatia (I.E.) e a Escala de Apego Adulto (EAA). O IE é composto por quatro Fatores: Tomada de Perspectiva (TP – percepção acurada do estado interno do outro); Flexibilidade Interpessoal (FI – capacidade para aceitar diferentes pontos de vista); Altruísmo (AL – motivação para ajudar sem interesse próprio) e Sensibilidade Afetiva (SA – compartilhar sentimentos de compaixão e de interesse pelo alvo da empatia). A EAA avalia três dimensões do apego: Proximidade (grau de conforto com a proximidade e a intimidade), Confiança (grau de confiança nos outros e na disponibilidade destes) e Ansiedade (segurança de ser amado ou de não ser abandonado). Participaram do estudo 537 sujeitos adultos de ambos os sexos, com média de idade de 32 anos. Os dados foram submetidos ao SPSS e foi feita a Correlação de Pearson. A subescala TP se correlacionou significativa e positivamente com os três fatores da EAA: Proximidade (.09), Confiança (.10) e Ansiedade (.12), sugerindo que, quanto maior a capacidade para adotar a perspectiva, maior aceitação com a intimidade e proximidade com os outros, proporcionando a crença de poder contar com estes e a segurança sobre ser amado e não ser abandonado. Já a subescala FI se correlacionou significativa e positivamente com Confiança (.20) e Ansiedade (.10), indicando que a capacidade para aceitar pontos de vista diferentes apresenta menos relações com o apego seguro. A subescala Altruísmo correlacionou-se significativamente com as três subescalas da EAA, de modo direto com a Proximidade (.10) e a Confiança (.14), e de modo inverso com a Ansiedade (- .15), indicando que há uma disposição altruísta maior quando o grau de confiança e de proximidade com o outro são mais elevados. A escala SA correlacionou-se positiva e significativamente com o fator Proximidade (.12), sugerindo que pessoas mais preocupadas com bem-estar do outro sentem-se mais confortáveis com a proximidade e a intimidade, aumentando o interesse de experimentar compaixão e consideração. Tais resultados confirmam a relação entre a empatia e os estilos de apego.

Palavras-chave: Empatia, Estilos de apego, Medidas de Autoinforme.

13. COMPREENDENDO O DESENVOLVIMENTO DO SENTIDO DE PROPRIEDADE SOB A ÓTICA DA PSICOLOGIA EVOLUCIONISTA

Gabriela Fernandes Castanheira, Mestrado Psicologia Social UERJ, bolsista CNPq; Débora Aguiar Soares da Cunha, Mestrado Psicologia Social UERJ.

Com o objetivo de compreender o desenvolvimento do sentido de propriedade segundo a perspectiva da Psicologia Evolucionista, esse estudo teórico buscou explorar, através de revisão bibliográfica, características do passado evolutivo da espécie humana e aspectos culturais, que, somados, oferecem uma explicação completa do desenvolvimento humano. A literatura aponta que a seleção natural agiu favorecendo a reprodução e a sobrevivência dos ancestrais hominídeos num ambiente de caça e coleta, datado entre dois e dez milhões de anos atrás, quando o uso de ferramentas e a formação de grupos possibilitaram o aumento de habilidades cognitivas. Resultado dessa evolução, a mente humana guarda mecanismos ancestrais. Entre eles destaca-se a plasticidade cerebral, que dota o homem de capacidade de adaptação e aprendizagem diante de diversificados contextos. O bebê humano aprende a distinguir uma face conhecida de uma desconhecida; com o desenvolvimento da linguagem, aprende a ler, a escrever, a recitar um poema; a tocar piano; e também a diferenciar o que é “meu” do que é “seu”. Segundo pesquisadores, o desenvolvimento do sentido de propriedade está relacionado ao desenvolvimento da noção de eu. Um processo sofisticado que começa com ações motoras aleatórias e repetidas do bebê, agindo na diferenciação do seu corpo dos demais objetos e pessoas; passa pelas interações triangulares bebê-objeto-adulto, quando o bebê demonstra ser possuidor e merecedor de atenção; incide no investimento emocional projetado pela criança no objeto transicional, transformando-o no primeiro objeto que ela verdadeiramente possui; coincide com a capacidade de se reconhecer no espelho, introduzindo uma dimensão representacional inexistente até aproximadamente 18 meses; e é marcado pela aquisição da função simbólica, quando ela consegue expressar com clareza sua propriedade: “é meu”. Com essa simples frase a criança ingressa na cultura adulta das trocas sociais, pois abre espaço para negociação e, conseqüentemente, para cooperação e compartilhamento. Comportamentos sociais como esses foram fundamentais para a sobrevivência da espécie humana, que esteve atrelada à divisão de tarefas, ao compartilhamento de recursos como alimentos, cuidados com a prole, etc. A vida em grupo permite o acúmulo de conhecimento entre gerações, além de novas aprendizagens decorrentes de experiências individuais. Sendo assim, a intervenção de um adulto com explicações que embutem a noção de posse e de compartilhamento são oferecidas no cotidiano das crianças, influenciando suas condutas. Sob esta ótica, decorrem implicações que recaem sobre a Psicologia Escolar, numa sociedade amplamente escolarizada, e sobre a Psicologia Clínica, corroborando com a perspectiva cognitivo comportamental, pois além de apresentar a filogênese da noção de posse, apresenta os aspectos ontogenéticos que influenciam comportamentos sociais adaptativos.

Palavras-chave: sentido de propriedade, desenvolvimento, psicologia evolucionista.

PÔSTERES

1. TREINAMENTO DE HABILIDADES SOCIAIS NA FOBIA SOCIAL EM UNIVERSITÁRIOS E DEPENDENTES QUÍMICOS

Carlisa Peccin; Ana Caroline Martinelli; Deomar Bordignon; Francieli Batistella; Marciana Zambillo; Priscila S. Cerutti; Leda Rúbia C. Maurina; Marcia Fortes Wagner (Faculdade Meridional, IMED, Passo Fundo, RS).

Este trabalho visa descrever uma pesquisa de avaliação e intervenção na Fobia Social (FS), com verificação das mudanças comportamentais após o Treinamento de Habilidades Sociais (THS). Tem cunho quantitativo e se caracteriza como uma intervenção pré e pós-teste. A amostra inicial constituiu-se de 19 estudantes de instituição de ensino superior e 06 residentes de comunidade terapêutica de dependentes químicos do interior do estado do Rio Grande do Sul, com critérios diagnósticos para Fobia Social. Os instrumentos utilizados foram: Ficha de Dados Pessoais e Sociodemográficos, Questionário de Ansiedade Social para Adultos/CASO-A30, Escalas Beck de Depressão e Ansiedade. Após autorização do Comitê de Ética em Pesquisa da IMED, os sujeitos foram convidados a participar, sendo avaliados antes e depois do THS. Resultados: da amostra de 19 universitários, 10 sujeitos (52,63%) desistiram no decorrer do tratamento, enquanto 09 (47,37%) se submeteram a toda a intervenção. A avaliação inicial na população universitária evidenciou 05 sujeitos com FS Não Generalizada (com escores elevados em um ou dois fatores) e 04 FS Generalizada (escores elevados em mais de dois fatores); já a reavaliação pós THS constatou melhora dos sintomas, sendo que 07 sujeitos apresentaram diminuição das pontuações nos fatores, não apresentando mais escore para caracterizar FS, enquanto 02 sujeitos continuaram apresentando sintomas de FS Não Generalizada. No grupo de dependentes químicos, dos 06 sujeitos que se submeteram à intervenção, 05 apresentaram FS Não Generalizada e 01 apresentou FS Generalizada na avaliação inicial, enquanto na reavaliação 01 passou a não apresentar mais escore para caracterizar FS, 01 seguiu com FS Generalizada e 04 com FS Não Generalizada. Quanto à aplicação das Escalas Beck de Depressão (BDI) e Ansiedade (BAI) nos universitários, os resultados do BDI evidenciaram 04 sujeitos com sintomas mínimos de depressão, 03 com sintomas leves e 02 com sintomas moderados, enquanto o BAI evidenciou 03 sujeitos com sintomas graves de ansiedade, 02 com sintomas moderados, 02 com sintomas leves e 02 com sintomas mínimos. Na reavaliação do BDI nos universitários, 07 sujeitos apresentaram sintomas mínimos de depressão e 02 com sintomas leves, enquanto no BAI 04 sujeitos evidenciaram sintomas depressivos mínimos, 03 sintomas leves e 02 sintomas graves. No grupo de usuários de substâncias psicoativas, a avaliação inicial dos sintomas de depressão e ansiedade constatou no BDI que 04 sujeitos apresentavam sintomas mínimos de depressão e 02 sintomas leves, enquanto no BAI os 06 sujeitos pontuaram sintomas mínimos de ansiedade. Já na reavaliação do BDI nos dependentes químicos, 04 sujeitos apresentaram sintomas mínimos de depressão, 01 com sintomas leves e 01 com sintomas moderados, enquanto no BAI 05 sujeitos evidenciaram sintomas depressivos mínimos e 01 com sintomas leves. O THS desenvolvido apresentou resultados positivos tanto no contexto acadêmico, quanto no contexto da comunidade terapêutica com sujeitos que apresentavam Fobia Social em comorbidade ao uso de substâncias. Considera-se o THS de fundamental importância para estimular o sujeito com Fobia Social a desenvolver sua capacidade para enfrentar os desafios propostos pela necessidade de convivência com outras pessoas, propiciando uma melhor qualidade de vida.

Palavras chave: Treinamento de Habilidades Sociais, Fobia Social, Avaliação.

2. PROMOVENDO SAÚDE ATRAVÉS DO ABANDONO DO CIGARRO: O PAPEL DO REGISTRO DIÁRIO DE PENSAMENTOS EM PROTOCOLO DE ATENDIMENTO COGNITIVO-COMPORTAMENTAL EM GRUPO.

Angela Donato Oliva, Carla Neumann Rodrigues, Silvania Domingos, Juliane Alves, (Universidade do Estado do Rio de Janeiro, UERJ, Rio de Janeiro, RJ)

Este estudo tem por objetivo destacar o papel que o registro diário de pensamentos desempenha em um protocolo de atendimento cognitivo-comportamental em grupo para o abandono do cigarro, a partir do relato dos participantes. O protocolo desenvolvido pela equipe de psicologia, baseado na abordagem cognitivo-comportamental pode ser dividido nas seguintes etapas: a) Entrevista de triagem estruturada, que visa conhecer a história do paciente, especialmente a que se relaciona a aspectos específicos do tabagismo e seu impacto em relações familiares e profissionais e presença de comorbidades (o que seria contraindicado para integrar o grupo de parada) entre outros. b) Sessão de preparação, que tem como objetivo familiarizar os participantes a respeito do programa, deixando claro que a mudança depende de esforço individual e da adesão às atividades propostas pelo programa. Foi observado que quando há o entendimento do funcionamento do programa, do objetivo das tarefas e do modelo cognitivo, os participantes se envolvem mais com o tratamento e começam a elaborar suas próprias estratégias e a dividi-las com o grupo. c) Grupo de parada, estruturado em pelo menos dez sessões semanais com duração média de duas horas e composto por no máximo dez participantes. Nestas sessões o objetivo é a redução progressiva de nicotina. Para isso são desenvolvidas estratégias para diminuir o número de cigarros fumados por dia, atrasar em alguns minutos o momento de acender o cigarro e cortar o seu tamanho. Também são trabalhadas habilidades de enfrentamento, como identificar crenças e pensamentos automáticos presentes nas situações em que fuma. Além de enfraquecer o comportamento automático de fumar, visa-se treinar recursos para lidar com a abstinência. d) Após a parada há oito sessões de manutenção (prevenção de recaída). Um aspecto que tem sido recorrente no uso desse protocolo é a redução de quase metade dos cigarros fumados logo na primeira semana. Uma avaliação preliminar, baseada no relato informal dos participantes, indica que dentre as técnicas apresentadas, a que parece ter um maior impacto na rotina dos fumantes é a utilização da folha de registro. Neste instrumento os participantes devem registrar minuciosamente os próprios hábitos relacionados ao fumar. Para cada cigarro fumado, deve identificar os locais (data e hora), o que estava fazendo, os pensamentos e as emoções associadas e o grau de necessidade (escala de zero a dez). Os participantes deste estudo disseram que por ter que anotar, e isso ser “chato”, já deixam de fumar alguns cigarros. Isso parece indicar um papel relevante do autorregistro nesse processo, inclusive interferindo no comportamento automático de fumar. “Ver” os pensamentos, situações, emoções em relação ao grau de necessidade de fumar, especialmente na forma de gráficos, parece fazer diferença. Uma conclusão preliminar é a de que o autorregistro favorece a autorreflexão (análise cognitiva) sobre o processo pessoal do fumar e oferece um caminho seguro de “por onde se deve começar” quando tenta parar. Ao identificar quais são as situações mais fáceis para cortar o cigarro, a ação tem uma eficácia maior e gera efeitos para situações futuras.

Palavras-Chaves: tabagismo, terapia cognitivo-comportamental, tratamento em grupo

Agências de Fomento: Departamento de Extensão UERJ.

SUPERVISÃO PÚBLICA

1. FORMULAÇÃO COGNITIVO-COMPORTAMENTAL DE UM CASO CLÍNICO A PARTIR DE UMA EXPERIÊNCIA TRAUMÁTICA

Monique Gomes Plácido; Eliane Mary de Oliveira Falcone- Universidade do Estado do Rio de Janeiro

A paciente, uma mulher de 52 anos, casada, natural do RJ, ensino médio completo, do lar, procurou o Serviço de Psicologia Aplicada da UERJ com as seguintes queixas: pensamentos constantes sobre a morte de seu filho, crises de choro, e pensamentos intrusivos sobre o filho, dificuldade de concentração, irritabilidade, perda de prazer nas atividades, dificuldades para dormir, preocupação excessiva com a violência. Os sintomas existem há cerca de três anos, iniciados após a morte do seu filho, vítima de acidente de moto, decorrente de uma tentativa de assalto. Além disso, experienciou um episódio dissociativo ao atravessar uma grande avenida, após o acontecimento. Oscila entre tristeza, aceitação e raiva sobre o evento. Relata ter vergonha de sair e encontrar conhecidos, pois acha que todos a olham com pena. As evitações feitas pela paciente incluem: sair sozinha, ficar sozinha em casa, ir ao centro da cidade ou locais muito movimentados, pegar ônibus cheio, sair à noite, contato com amigos. Não consegue frequentar o local onde o filho morreu (onde mora sua família), entra em desespero. Os sintomas se agravam perto do dia do óbito tanto no mês quanto no ano. Para a avaliação inicial foram utilizados os inventários Beck de Depressão (depressão moderada à grave) e de ansiedade (ansiedade severa), além da Escala de Autoestima (autoestima insatisfatória). Durante a avaliação, apresentou crenças como: “Eu sou egoísta”; “Eu não sou nada”, “As pessoas têm pena de mim”, “A pior coisa que pode me acontecer é ser abandonada”; “O mundo é perigoso”. Apesar disso, mostrou-se colaborativa, assídua e motivada para o tratamento. Durante a avaliação, houve grande dificuldade na obtenção dos dados, visto que L. evitava falar de assuntos difíceis. Desde pequena, L. viveu em ambiente familiar conturbado. Havia muitas brigas e violência física e verbal. Sua mãe era superprotetora e seu pai hipervigil devido a brigas familiares de ambos os lados. A mãe apresentava crenças de que as pessoas não são confiáveis e não permitia que os filhos frequentassem a casa dos amigos e nem que os amigos frequentassem a sua casa. O que se conclui a partir disto é que os problemas da cliente se relacionam principalmente ao luto pela perda do filho e ansiedade frente a sofrer violência (ou alguém de sua família), em decorrência da fatalidade ocorrida com o filho. Como vulnerabilidades, a cliente presenciou violência desde criança, a existência de traumas anteriores e outros eventos vitais estressantes na época da experiência traumática. Além disto, já foi vítima de um assalto quando adolescente. As hipóteses diagnósticas levantadas segundo o DSM.IV foram: 1) Depressão Maior; 2) TEPT (critérios: A1, A2, B1, C1, C2, C4, C5, C6, C7, D1, D2, D3 e D4); e 3) Transtorno de Personalidade dependente (critérios: 1, 2, 4, 5, 6 e 8). O objetivo deste trabalho é discutir as possibilidades diagnósticas e recursos de intervenção para esta paciente.

Palavras-chave: Formulação de caso, Experiência traumática e Conceitualização Cognitiva