

**ANAIS DA 9ª MOSTRA
DE TERAPIA
COGNITIVO-
COMPORTAMENTAL**

Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Dias 29 e 30 de setembro de 2011

Editoração:
Vanessa Dordron de Pinho

9ª Mostra de Terapia Cognitivo-Comportamental

A 9ª MOSTRA DE TERAPIAS COGNITIVAS, PROMOVIDA PELA ASSOCIAÇÃO DE TERAPIAS COGNITIVAS DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO - ATC-RIO - COM APOIO DO INSTITUTO DE PSICOLOGIA DA UERJ E DA CASA DO PSICÓLOGO, OCORREU NOS DIAS 29 E 30 DE SETEMBRO DE 2011, NO CAMPUS DA UERJ. O EVENTO INCLUIU UM MINI-CURSO SOBRE TERAPIA COGNITIVA PROCESSUAL (TCP), DOZE MESAS REDONDAS, DUAS SESSÕES COORDENADAS, SUPERVISÃO PÚBLICA DE CASO CLÍNICO, DUAS MINI CONFERÊNCIAS E MOSTRA DE PÔSTERES, NOS QUAIS FORAM ABORDADOS TEMAS EM TRANSTORNOS DE ANSIEDADE, TRANSTORNOS DA PERSONALIDADE, TERAPIA NA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA, HABILIDADES SOCIAIS, PSICOLOGIA DA SAÚDE, RELAÇÃO TERAPÊUTICA, NEUROCIÊNCIAS, *MINDFULNESS* E PSICOLOGIA POSITIVA.

PARA A COMPOSIÇÃO DESTES ANAIS A COMISSÃO CIENTÍFICA SELECIONOU 58 TRABALHOS RELACIONADOS QUE, ALÉM DA QUALIDADE ACADÊMICA, APRESENTAM DE MANEIRA DIRETA OU INDIRETA RELEVÂNCIA SOCIAL, CONTRIBUINDO PARA A PROMOÇÃO DE SAÚDE E BEM-ESTAR EM GERAL. A INTERDISCIPLINARIDADE TEM SIDO UMA MARCA DISTINTIVA E PROPICIADO ASSIM A INTERAÇÃO DE NOVOS MODELOS TEÓRICOS E PRÁTICAS CLÍNICAS. A MOSTRA UNIVERSITÁRIA DE TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL, QUE SE REPETE HÁ NOVE ANOS REGULARMENTE, VEM CONTRIBUINDO PARA FORMAÇÃO DE ALUNOS, QUALIFICAÇÃO E TROCAS DE EXPERIÊNCIAS ENTRE PROFISSIONAIS DA ÁREA, TEM CRESCIDO E GANHADO PROJEÇÃO EM ÂMBITO NACIONAL. O EVENTO PROPICIA OPORTUNIDADE EDUCACIONAL AOS ALUNOS E PROFISSIONAIS EM VIRTUDE DO CARÁTER DE PESQUISA CLÍNICA E REFLEXÕES TEÓRICAS, CONSTITUINDO-SE, PELA REGULARIDADE E QUALIDADE DOS TRABALHOS SELECIONADOS, EM UM IMPORTANTE CANAL DE VEICULAÇÃO DAS PRÁTICAS COGNITIVAS E COMPORTAMENTAIS.

Angela Donato Oliva

Presidente da ATC-Rio (Gestão 2011-2014)

9ª Mostra de Terapia Cognitivo-Comportamental

Comissão Organizadora:

Angela Donato Oliva
Eliane Mary de Oliveira Falcone
Cristiane Figueiredo
Juliana D'Augustin
Vanessa Dordron de Pinho

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:

Conceição Santos Fernandes
Stephanie Krieger
Monique Plácido
Lucimar Electo
Fernanda Henrique
Isabel Souza
Carolyne Juvenil
Fellipe Rocha
Cristina Miranda
Evlín Rodrigues

Anne Katherine Felix

Juliana Waldez

Silvania Dias

Maria Pia Coimbra

Micheli Barbosa

Dennys Chaves

Thais Alves

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)

Diretor: Ademir Pacelli

MESAS REDONDAS

1. PSICOLOGIA POSITIVA: TEORIA E PRÁTICA.

Coordenadora: Mônica Portella (CPAF-RJ e UCAM/AVM - RJ).

1.1 METAS – APLICAÇÕES PROFILÁTICAS DA TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL.

Mônica Portella (CPAF-RJ e UCAM/AVM - RJ).

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

Na terapia cognitivo-comportamental a formulação de metas ajuda a estabelecer alvos específicos e mensuráveis para a mudança, além de direcionar a intervenção e motivar o cliente. Na vida é possível utilizar a estratégia de formulação de metas de forma profilática, para incentivar e implementar ações em diferentes áreas, tais como: ocupacional, afetivo-social, lazer, patrimônio, saúde e espiritual (caso a pessoa tenha religiosidade). Este estudo discute e apresenta uma metodologia para formular e alcançar metas (em diversas áreas) alinhadas com algumas características fundamentais dos participantes, como, por exemplo, valores, talentos, pontos fortes e qualidades. Apresentaremos os resultados de treinamentos conduzidos ao longo dos dois últimos anos, calcados no modelo cognitivo-comportamental. O treinamento objetivou: 1) Discutir a importância de estabelecer metas de vida; 2) Identificar valores, talentos, habilidades, pontos fortes e qualidades, a fim de estabelecer metas alinhadas com os mesmos. 3) Formular e alcançar metas de curto e médio prazos; 4) Trabalhar com as crenças auto limitadoras, descobrir e fortalecer crenças positivas; 5) Identificar erros cognitivos; 6) Identificar e administrar pontos fracos, bem como, solucionar problemas com rapidez e eficácia e; 7) Estabelecer um programa para manutenção de ganhos. Os grupos foram conduzidos no CPAF-RJ, tendo duração de 24 horas. Realizamos um total de 12 encontros com duas horas de duração cada, semanalmente. Após o término da intervenção os participantes foram acompanhados por meio de follow-up mensal durante três meses avaliação e manutenção de ganhos. O número de participantes em cada grupo variou em torno de 10 a 20 pessoas (X= 15 pessoas por grupo), participaram do programa pessoas de ambos os sexos (38% do sexo masculino e 62% do sexo feminino), fizeram parte do grupo 87% pessoas com terceiro grau completo e 23% com terceiro grau incompleto. Os temas foram desenvolvidos através de vivências e exercícios (estratégias de sensibilização, técnicas de registro, cartões de enfrentamento, ensaio comportamental, imagem mental, solução de problemas etc) que tiveram por objetivo fazer com que os participantes aprendessem a utilizar as estratégias de uma maneira prática e participativa. Os grupos foram conduzidos por dois terapeutas cognitivo-comportamentais. De acordo com as avaliações realizadas, por meio de entrevistas semi estruturadas, ao término do programa, observamos que: 1) Os participantes relataram que o treinamento ajudou-os administrar as diferentes áreas da vida. 2) A compreensão do modelo cognitivo ajudou a distinguir e lidar com os erros cognitivos e estados emocionais, desde o estabelecimento, planejamento e implementação das metas. 3) As estratégias de resolução de problemas, ensaio comportamental, roley-play, imagem mental, melhoraram a performance dos participantes ao implementar suas metas. Essa melhora pode ser constatada por meio da comparação das metas estabelecidas no início do programa e as metas que foram realizadas ao longo do processo. O *follow up*, realizado nos três meses após o treinamento, revelou que os resultados persistiram. Concluímos que o treinamento melhorou o desempenho dos participantes para estabelecer, programar e executar as suas metas.

1.2 UMA NOVA PROPOSTA DE TRATAMENTO DA DEPRESSÃO: INTEGRANDO A TCC COM A PSICOLOGIA POSITIVA.

Paula Fortuna, Hebe Goldfeld, Monica Portella (CPAF-RJ/Psi+, Rio de Janeiro, RJ).

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

O tratamento da Depressão baseado na Terapia Cognitivo Comportamental surgiu na década de 60. Ao longo dos anos, algumas mudanças vêm ocorrendo. O objetivo desse trabalho é apresentar uma nova proposta de tratamento da Depressão integrando as técnicas da Terapia Cognitivo Comportamental e a Psicologia Positiva (um movimento que surgiu na década de 90 interessado no lado saudável do indivíduo e não na doença). Algumas pesquisas demonstram que dentre os fatores que desencadeiam a depressão não estão apenas os relacionados com as emoções negativas, mas principalmente à ausência de emoções positivas. Estudos mostram que existem três fatores fundamentais que determinam a felicidade: o primeiro é a genética, que apresenta um percentual de 50%; o outro são as circunstâncias da vida (se a pessoa é rica ou pobre, casada ou solteira, ganhou na loteria etc) e equivale a apenas 10%; e por último as atividades intencionais que equivalem a 40%. Ou seja a felicidade não está em mudar nossa constituição genética, nem mudar nossas circunstâncias (procurar outro emprego, pessoas mais atraentes etc) mas sim nas atividades cotidianas intencionais. Até hoje foram mapeadas 12 atividades intencionais, são elas: expressar gratidão, cultivar o otimismo, evitar cismar e fazer comparações sociais, praticar gestos de cortesia, cultivar relacionamentos, desenvolver estratégias de superação, aprender a perdoar, experimentar estados de fluxo, desfrutar as alegrias da vida, comprometer-se com seus objetivos, praticar a religião e a espiritualidade e cuidar do corpo. Dessa maneira, o trabalho com pacientes deprimidos se inicia com o mapeamento das atividades intencionais e a seguir a prescrição dessas atividades. Isso porque quando uma pessoa está com emoções negativas, sua cognição fica embotada e o cliente fica resistente às estratégias. Portanto é necessário começar com o trabalho para aumentar a frequência e intensidade de emoções positivas para a cognição ampliar e poder começar o trabalho com técnicas da Terapia Cognitivo Comportamental, como a reestruturação cognitiva. Pessoas deprimidas tendem a pensar de acordo com o estilo atributivo pessimista. Portanto diante de um evento negativo o interpreta de maneira permanente, abrangente e pessoal, ou seja paralisam diante de uma dificuldade e percebem um evento positivo de forma temporária, específica e externo a ele. Técnicas da TCC como modelo de quatro contestações (que inclui procurar provas que sustentam a convicção, procurar alternativas para a adversidade, decatastrofização – caso a convicção esteja correta e por fim procurar a utilidade da convicção) são importantes para questionar o estilo atributivo do pessimista e impulsioná-lo a agir. Conclui-se que o tratamento clássico da depressão foi focado durante muito tempo na patologia e na reparação do dano. Essa nova proposta de tratamento da Depressão começa com o aumento de emoções positivas na vida do cliente (e não apenas a diminuição da frequência e intensidade das emoções negativas) aliando as técnicas da TCC. Dessa maneira observamos resultados mais importantes e duradouros e maior significado na vida de nossos clientes.

1.3 ESTILOS ATRIBUTIVOS EM CRIANÇAS.

Claudia Pimentel Batista Ribeiro, Hebe Goldfeld, Mônica Portella (CPAF- RJ/Psi+).

Palavras-Chave: Estilo atributivo. Pessimismo. Otimismo.

O estilo atributivo de uma pessoa representa sua maneira habitual de explicar os acontecimentos de sua vida. E com efeito marcante no decorrer da mesma, pode permitir uma vida intensa, ou privada de prazeres. Pode ainda, impedir que a pessoa realize seus objetivos, ou ajudá-la a alcançá-los. É um hábito de pensar adquirido na infância e define diretamente a maneira como o indivíduo se vê, e o lugar que ocupa no mundo. Este trabalho tem como objetivos: apresentar estudos sobre as origens do estilo atributivo em crianças; as conseqüências do estilo adotado; e como a Psicologia Positiva pode ajudar a modificar o estilo atributivo pessimista. Pesquisadores afirmam que o estilo atributivo se encontra bastante cristalizado em crianças de apenas oito anos. E os índices de incidência e intensidade de depressão em crianças com idade escolar, são idênticos aos de adultos. Os dados encontrados sugerem que o estilo atributivo de uma pessoa não é herdado. O da mãe é semelhante tanto ao dos filhos quanto ao das filhas; o do pai não se parece com nenhum deles. Há três hipóteses principais sobre as origens do estilo atributivo (a) o estilo atributivo da mãe; (b) crítica dos adultos: pais e professores e; (c) as crises na vida das crianças. As crianças estão constantemente voltadas para como seus pais, principalmente sua mãe, explicam as adversidades. E se escutam que os eventos adversos são permanentes, abrangentes e ocorrem por culpa dela (pessoal), estão formando uma teoria sobre o mundo. Se entendem como temporários e específicos, podem ver os problemas como solúveis e parciais. E por fim, a forma como as crianças aprenderam empiricamente na infância a superar adversidades, as tornam mais ou menos esperançosas. Além disso, formam um modelo de atribuição da realidade, onde são produzidas explicações para novas crises. Mesmo considerando que o pessimismo fundamenta o realismo necessário para nossa proteção, são muitos os prejuízos: provoca depressão, produz inércia diante dos reveses, gera fracassos mais constantemente e é associado à saúde física precária. O otimismo, certamente tem um papel evolutivo, e está relacionado ao sucesso. A Psicologia Positiva trabalha com as instituições saudáveis, as forças e os estados subjetivos. Com enfoque nos estados subjetivos, as estratégias de intervenção têm por objetivo modificar a maneira de como os clientes explicam a si mesmos seus fracassos, perdas e desamparo. O terapeuta utiliza as seguintes técnicas: (1) psicoeducação; (2) mapeamento através de registros; (3) reestruturação cognitiva. Dessa forma o cliente aprende a reconhecer seus pensamentos do estilo pessimista; contestar esses pensamentos arrolando provas ao contrário; e a perceber as conseqüências de cada estilo atributivo para sua vida. Podemos então concluir que as origens se encontram na infância e o estilo atributivo esta cristalizado aos oito anos. Que está relacionado a depressão e ao sucesso, e que a Psicologia Positiva ajuda a modificar o estilo atributivo, contribuindo para uma vida saudável e feliz.

1.4 CRIANDO FILHOS FELIZES: UMA ABORDAGEM PRÁTICA.

Hebe Goldfeld (Psi+, RJ/UFRJ), Mônica Portella (Psi+, RJ/UCAM, RJ), Ricardo Krause (Santa Casa de Misericórdia).

Palavras-Chave: Psicologia Positiva. Técnicas Cognitivo-Comportamentais. Resiliência.

Como crianças não nascem prontas, nem segurando seus Manuais de Instrução, pais e cuidadores acabam por cometer equívocos que podem trazer conseqüências negativas na vida das crianças. Em nossa cultura, quando uma pessoa deseja aprender um conhecimento, uma habilidade ou uma competência, matricula-se em um curso ou em um treinamento. Entretanto, existem poucos cursos e treinamentos para ajudar pais e cuidadores a educar suas crianças. A Oficina de Pais, CRIANDO FILHOS FELIZES: UMA ABORDAGEM PRÁTICA, objetiva instrumentalizar pais e cuidadores a se tornarem mais seguros e competentes na educação de crianças. O trabalho desenvolvido na presente Oficina tem como objetivos específicos: 1. abordar e discutir o desenvolvimento psicoemocional da criança e do adolescente; 2. reconhecer problemas: quando atuar e o que fazer; 3. ensinar a estabelecer limites na educação infantil, em uma visão prática; 4. desenvolver e/ou aprimorar comportamentos funcionais e 5. desenvolver a *resiliência* na criança. A Oficina comporta 8 (oito) encontros, com duas horas e meia de duração cada, perfazendo um total de 24 (vinte e quatro) horas de treinamento. Adotaremos metodologia teórico-prática e vivencial; em cada um dos encontros os participantes exercitarão os conteúdos e habilidades recém adquiridos, bem como levarão uma coletânea de atividades para serem experimentadas e praticadas junto a suas crianças. Os encontros serão conduzidos por (2) dois participantes da equipe multidisciplinar, que se revezarão nos papéis de coordenador e observador participante. Serão desenvolvidos, dentre outros, os seguintes conteúdos temáticos: *overview* do desenvolvimento natural da criança e do adolescente; a formação de crenças e do estilo atributivo no processo de socialização e de aculturação da criança; os principais transtornos e possibilidades de ação compartilhada com a família: quando, e como, os pais devem atuar, na prevenção; a utilização de estratégias comportamentais na educação de crianças e adolescentes; o treinamento nas principais habilidades sociais; problemas de aprendizagem e de relacionamento; estratégias para desenvolver a *resiliência* na criança e no adolescente. O encontro sobre as principais estratégias comportamentais no gerenciamento do comportamento infanto-juvenil será apresentado a título de ilustração, e como modelo dos encontros da Oficina. A fim de avaliar os resultados da Oficina, realizaremos um pré-teste e um pós-teste, compostos dos instrumentos: a) Entrevista Semi-estruturada e b) Questionário de Avaliação. O pós-teste será aplicado duas semanas após o término do Programa. Realizaremos, ainda, sessões de *follow-up*, onde os participantes apresentarão e discutirão os resultados obtidos por meio deste Programa na educação de suas crianças e adolescentes.

2. TRATAMENTO DOS TRANSTORNOS ALIMENTARES.

Coordenadora: Monica Duchesne (GOTA – IEDE/UFRJ).

2.1 O NOVO MANUAL DE OXFORD: AVANÇOS NO TRATAMENTO DOS TRANSTORNOS ALIMENTARES.

Monica Duchesne (GOTA – IEDE/UFRJ), Viviane Marinho (GOTA – IEDE/PUC-RJ).

Palavras-Chave: Transtornos Alimentares. Anorexia Nervosa. Bulimia Nervosa.

Os transtornos alimentares se caracterizam por grave perturbação do comportamento alimentar, levando a prejuízos clínicos, psicológicos e sociais. Os dois tipos mais estudados são a anorexia nervosa e a bulimia nervosa. A anorexia nervosa se caracteriza pela recusa do indivíduo em manter seu peso corporal em nível igual ou acima do mínimo adequado para sua idade e altura, devido a um temor exacerbado de se tornar gordo, que o leva a fazer restrição alimentar voluntária. A bulimia nervosa manifesta-se por episódios recorrentes de compulsão alimentar, caracterizados pela sensação de perda de controle sobre o comportamento alimentar e ingestão de grandes quantidades de alimento em um período delimitado de tempo (por exemplo, até duas horas). Esses episódios são seguidos pelo emprego de métodos compensatórios inadequados e recorrentes, com o objetivo de evitar o ganho de peso. Um importante marco para a psicoterapia aplicada aos transtornos alimentares foi a publicação do manual de Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) desenvolvido por Christopher Fairburn. A publicação deste manual, atualmente denominado Manual de Oxford, facilitou o treinamento de profissionais, a utilização da TCC em diversas unidades especializadas no tratamento dos transtornos alimentares e a realização de pesquisas que avaliassem sua eficácia. Esses estudos possibilitaram o refinamento do modelo original de tratamento. O presente trabalho tem como objetivo apresentar a nova versão do Manual de Oxford e explorar o modelo “transdiagnóstico” atualmente adotado no manual. O modo como os transtornos alimentares são classificados favorece a percepção de que eles são diferentes condições, cada uma requerendo estratégias próprias de tratamento. Entretanto, eles são transtornos estreitamente relacionados, que compartilham fatores de desenvolvimento e manutenção semelhantes. Adicionalmente, é comum a migração de um diagnóstico para outro e a ocorrência de síndromes parciais. A nova versão do Manual de Oxford propõe que o tratamento dos transtornos alimentares pode ser dividido em 4 estágios. O estágio 1 objetiva implementar estratégias comportamentais que facilitem a adesão a um padrão regular de alimentação e a eliminação dos métodos compensatórios. No estágio 2 é realizada a revisão do progresso obtido com as técnicas utilizadas no estágio 1. No estágio 3, o objetivo do tratamento é abordar os aspectos cognitivos. No estágio 4, são implementadas estratégias que diminuam o risco de recaída. A nova versão manual contém diversas técnicas para regular os estados de humor intensos frequentemente associadas a compulsão alimentar; estratégias para aumento da autoestima e redução do perfeccionismo, além de um módulo focado no desenvolvimento de habilidades interpessoais. Serão apresentados estudos que avaliam a eficácia da nova versão do manual.

2.2 TRATAMENTO COGNITIVO-COMPORTAMENTAL PARA O DISTÚBIO DA IMAGEM CORPORAL.

Viviane Marinho (GOTA-IEDE/PUC-RJ), Monica Duchesne (GOTA-IEDE/UFRJ).

Palavras-Chave: Imagem Corporal. Transtornos Alimentares. Terapia Cognitivo-Comportamental.

O conceito de imagem corporal inclui a percepção que as pessoas têm do seu próprio corpo, suas expectativas associadas a própria aparência e o conjunto de comportamentos associados. Na atualidade, o desconforto e a insatisfação com a aparência física tornam-se cada vez mais frequentes, em parte, em função da influência da mídia e da indústria da beleza que defendem a idéia de que as pessoas podem e devem tornar-se perfeitas. Para que a perfeição possa ser alcançada, são ofertados vários tipos de produtos e serviços. Tendo em vista a inviabilidade de chegar a perfeição corporal, a busca pela beleza favorece baixa autoestima, ansiedade interpessoal, dificuldade de autoaceitação e dificuldades sexuais, além de associar-se a vários transtornos psiquiátricos, tais como: transtorno de humor, transtornos de ansiedade, abuso de drogas, transtornos alimentares e disfunções sexuais. Os fatores associados a distorção da imagem corporal são múltiplos, incluindo a cultura, experiências interpessoais, características pessoais (pensamentos, sentimentos e comportamentos). O presente trabalho tem o objetivo de demonstrar alguns passos e estratégias para a melhora da imagem corporal baseados na Terapia Cognitivo-Comportamental. O primeiro passo seria realizar uma avaliação da imagem corporal. Este incluiria a avaliação do grau de satisfação com o corpo, o grau de distorção da imagem corporal, os fatores que favoreceram o desenvolvimento da distorção da percepção corporal e os aspectos associados a manutenção das dificuldades ao longo da vida. Posteriormente, são identificados os principais pontos a serem modificados. Após essas primeiras etapas, são trabalhadas as idéias sobrevaloradas associadas a aparência e as consequências de se fazer foco excessivo no peso e na imagem corporal. É necessário expandir e reforçar os domínios de vida que auxiliam na construção e manutenção de uma autoavaliação multifacetada. Um outro ponto do tratamento inclui a redução dos sentimentos negativos relacionados a aparência e a abordagem de crenças centrais. Os comportamentos de defesa abordados no tratamento incluem a evitação da exposição corporal e a checagem compulsiva da aparência, que auxiliam na manutenção da distorção da imagem corporal. Um ponto importante do tratamento é o desenvolvimento de um plano de exposição corporal, visando a modificação de sentimentos e pensamentos associados a aparência. No tratamento da distorção da imagem corporal também é necessária a utilização de técnicas para prevenção de recaídas, antecipando situações de risco e estratégias de enfrentamento para tais situações. O tratamento dos transtornos alimentares não se resume ao tratamento da imagem corporal, porém o trabalho para a modificação da distorção da imagem corporal é um ponto crucial do mesmo, estando associado a aumento de eficácia da Terapia Cognitivo-Comportamental focada nos transtornos alimentares.

2.3 INVESTINDO NA MUDANÇA: ESTRATÉGIAS PARA ADESÃO AO TRATAMENTO.

Cristiane Figueiredo (IEDE/RJ).

Palavras-Chave: Relação Terapêutica. Transtornos Alimentares. Adesão ao Tratamento.

Muito tem sido investido ao longo dos últimos anos em pesquisas e desenvolvimento de protocolos de tratamento para diversos transtornos psiquiátricos. Os resultados, de um modo geral, tendem a considerar que abordagens multifatoriais, ou seja, que considerem os aspectos biológicos, psicológicos e sociais do processo de adoecimento e de recuperação são aqueles que produzem resultados mais favoráveis e duradouros. Dentro da esfera psicológica, a intervenção psicoterapêutica, seja como tratamento principal ou como coadjuvante, também requer do profissional uma compreensão abrangente de estratégias que favoreçam a mudança. Isso envolve o conhecimento de técnicas terapêuticas associadas a estratégias de relacionamento com o paciente que permitam ao mesmo sentir-se motivado e confiante para investir em mudanças de comportamento e atitudes na maioria das vezes desafiadoras. A proposta deste trabalho é levantar e discutir estratégias terapêuticas para o aumento da adesão ao tratamento em pacientes com transtornos alimentares. Um dos pontos principais é engajar o paciente em seu processo de mudança, reestruturando ideias pouco funcionais, compreendendo seu diagnóstico, planejando metas e comprometendo-se a cumpri-las através de um vínculo terapêutico seguro e muitas vezes diferente dos demais vínculos do paciente com outras pessoas. O terapeuta deve buscar agir como um agente não punitivo e reforçador, que promova a confiança do paciente em se revelar, especialmente sobre assuntos que tende a evitar ou negar. Algumas características do terapeuta que tendem a favorecer a autorrevelação e o reconhecimento das dificuldades enfrentadas pelo paciente com TA são a postura empática e compreensiva, não julgadora e ao mesmo tempo autêntica, tolerante e capaz de flexibilizar técnicas em função de um melhor aproveitamento da terapia pelo paciente. Por outro lado, mesmo bons terapeutas estão sujeitos a alguns efeitos contra transferências que não identificados precocemente podem comprometer o resultado das intervenções como: diferenças de valores morais, éticos ou religiosos; identificação com o problema do paciente e uma postura demasiadamente diretiva. Para tornar o relacionamento com o paciente com transtornos alimentares ainda mais desafiador é preciso levar em conta características peculiares a esses transtornos como a ambivalência do paciente quanto a necessidade e o desejo de mudança. A ambivalência pode ser relacionada à essência do problema da não adesão ao tratamento, sendo caracterizada pelo conflito entre o prazer proveniente do comportamento atual disfuncional e os riscos potenciais do mesmo à saúde. A partir das variáveis identificadas, propõem-se então algumas estratégias práticas para o terapeuta utilizar com vistas a aumentar o comprometimento e a adesão do paciente ao tratamento: abordar diretamente a questão do abandono da terapia, cuidar das primeiras impressões do paciente sobre a terapia, buscar fazer uma conceituação conjunta e nos próprios termos do paciente sobre os problemas que lhe afetam e evitar assumir uma postura paternalista ou controladora, entre outras orientações. O reconhecimento de limites e dificuldades no relacionamento com o paciente que sofre de transtornos alimentares pode ser o primeiro passo para um tratamento honesto e eficaz, com resultados mais satisfatórios tanto para o profissional quanto para o paciente.

2.4 ANÁLISE DOS DIFERENTES TIPOS DE DIETAS: O QUE REALMENTE FUNCIONA?

Ana Paula Guimaraes Abruzzini (GOTA/IPUB, UFRJ).

Palavras-Chave: Dieta. Emagrecimento. Orientação Nutricional.

Há um intenso debate sobre qual tipo de dieta seria a mais eficiente para a perda de peso. Os efeitos prejudiciais à saúde do excesso de gordura corporal estão bem documentados e estabelecidos. Apesar dos esforços para evitar o ganho de peso tendemos a ganhar cerca de 450g por ano com o passar das décadas de vida. Várias fases da vida como a intrauterina, nascimento, amamentação, fase de rebote de peso que pode ocorrer entre os 5-7 anos, fase puberal influenciam no peso corporal na vida adulta. O consumo de bebidas açucaradas, doces, alimentos processados parecem estar associados com o ganho de peso independentemente do balanço calórico enquanto que o consumo frequente de grãos integrais, frutas, vegetais e laticínios parecem reverter esta situação. Artigo científico recentemente publicado em renomada revista sugere que alimentos específicos, hábitos de vida, tempo de sono e tempo que passamos assistindo televisão podem afetar ou modificar a máxima que seria necessário comer menos e fazer mais exercícios para prevenção de ganho de peso a longo prazo. Diversas teorias tentam explicar a localização do excesso de gordura corporal. Uma das mais recentes se refere a flexibilidade metabólica que seria um fator importante para a gravidade da obesidade. Quanto maior a flexibilidade e a capacidade extensiva dos adipócitos (células de gordura) maior seria o acúmulo de gordura periférico e não visceral. Indivíduos com gordura visceral tem mais chances de se tornarem resistentes a insulina e ter alterações metabólicas e conseqüentemente também maior dificuldade de perda de peso e manutenção desta perda. A comparação de diversas abordagens dietéticas com diferentes composições nutricionais parece obter o mesmo resultado: a questão crucial é entender qual a melhor orientação nutricional que deve ser realizada de acordo com os objetivos, comorbidades associadas, questões psicológicas, religiosas e culturais que permitam a redução da gordura corporal e a manutenção desta redução a longo prazo. Vários estudos foram realizados analisando as diferentes abordagens de orientação nutricional de acordo com os macronutrientes (lipídeos, proteínas ou carboidratos) e outros com os diferentes tipos de dietas mais conhecidas (Atkins, Ornish, Mediterranea, Zone) e emagrecimento. O objetivo desta apresentação é discorrer sobre as possibilidades de orientação nutricional objetivando a perda de gordura corporal de acordo com os mais recentes estudos científicos realizados. Os resultados destes estudos sugerem que qualquer tipo de dieta pode ser eficaz quando propostas com entusiasmo, persistência e flexibilidade. O sucesso de uma proposta dietética para emagrecimento não deve ser avaliado pela velocidade e quantidade de perda de peso e sim pela condição de se atingir e manter o peso corporal clinicamente saudável.

3. ÁREAS DE PESQUISA EM STRESS E SAÚDE: NOVAS POSSIBILIDADES.

Coordenadora: Juliana Caversan de Barros (UFRJ).

3.1 AVALIAÇÃO DO NÍVEL DE STRESS E DAS FONTES ESTRESSORAS EM PACIENTES PORTADORES DA HEPATITE VIRAL C

Juliana Caversan de Barros (UFRJ), Lucia Emmanoel Novaes Malagris (UFRJ), Luiz Carlos Marques (Hospital Universitário Antonio Pedro – Niterói, RJ).

Palavras-Chave: *Stress*. Fontes Estressoras. Hepatite C.

O Stress é uma reação do nosso organismo, composta por sintomas físicos e psicológicos, que se manifesta em diferentes fases, de intensidades e consequências diferentes, e que pode estar presente em diversas doenças crônicas. Sabe-se que um nível elevado de *stress* (em suas fases de quase-exaustão e exaustão) não somente contribui para a etiologia dessas doenças, como também para a sua manutenção e agravamento. No caso da hepatite C, uma das principais causas de doenças hepáticas crônicas no mundo, há um quantitativo elevado de fontes estressoras envolvidas, tendo como uma das principais a própria medicação utilizada em seu tratamento. O interferon alfa (ou interferon alfa peguilado) e a ribavirina são medicamentos que, segundo pesquisas, produzem sintomas psicológicos e contribuem para o surgimento de transtornos mentais, que acabam impactando negativamente no curso da doença e prejudicando a adesão ao tratamento. Todos esses aspectos podem contribuir tanto para a desistência do tratamento quanto para o não fortalecimento do organismo para responder ao tratamento medicamentoso. O tratamento existente até o momento para pacientes com hepatite C e que oferece os melhores resultados é por si só estressante. Desencadeia uma série de efeitos colaterais, é extremamente caro (é fornecido com algumas limitações pelo Sistema Único de Saúde) e costuma oferecer uma probabilidade de 45% de cura. Ou seja, o paciente precisará se submeter a muitos efeitos desagradáveis da medicação, sem ter a certeza de resposta. Ao receber esse diagnóstico e conhecer os efeitos colaterais do tratamento, muitos pacientes são expostos a um stress excessivo, cuja principal resposta é o adiamento do início do tratamento. Trata-se de uma doença composta por muitas variáveis estressoras, que precisam ser investigadas. O desenvolvimento de tratamentos específicos pode contribuir para uma melhor adesão ao tratamento e a um fortalecimento do organismo desses pacientes para que eles possam se aproximar mais dos resultados esperados. O presente estudo é um projeto de pesquisa realizado no Hospital Universitário Antonio Pedro em Niterói, cujos objetivos são: avaliar o nível de stress dos pacientes pré e durante tratamento, conhecer algumas fontes estressoras e, também, avaliar o seu humor. Participaram até o presente momento 11 pacientes pré-tratamento e 16 pacientes em tratamento, desses, 55,5% são mulheres e 44,5% são homens. São utilizados como instrumentos: um Questionário de Avaliação Biopsicossocial, o Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de Lipp (ISSL) e o Inventário Beck de Depressão (BDI). Os resultados iniciais revelam que, da população pré-tratamento, 54,6 % estão deprimidos, sendo 36,4% com depressão leve e 18,2% com depressão moderada. No que diz respeito ao stress, 90% dessa população encontra-se na fase de resistência do stress. Considerando a população avaliada durante o tratamento, no que diz respeito ao grau de depressão, 50% encontram-se com depressão moderada. Quanto ao nível de stress, 69% estão na fase de resistência do stress. A partir desse levantamento inicial, percebemos a importância de estudos que constatem as vulnerabilidades psicológicas de determinadas populações para o futuro desenvolvimento de tratamentos psicológicos específicos.

Bolsista CAPES

3.2 A TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL NA PSICOLOGIA DA SAÚDE.

Raquel Ayres de Almeida, Lucia Novaes Malagris (UFRJ).

Palavras-Chave: Psicologia da Saúde. Terapia Cognitivo-Comportamental. Doenças Crônicas.

A Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) tem contribuído para o desenvolvimento da Psicologia da Saúde, colaborando 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. Comportamentos desadaptativos e crenças disfuncionais podem tornar o indivíduo vulnerável ao desenvolvimento de transtornos emocionais, como também podem torná-lo vulnerável ao desenvolvimento de doenças físicas. Tais doenças podem ter na sua base, comportamentos de risco desenvolvidos e mantidos por consequências reforçadoras. O entendimento do desenvolvimento e da manutenção da doença através dos princípios comportamentais e cognitivos oferece a possibilidade de um atendimento que leve em consideração características pessoais do indivíduo, contribuindo para uma visão mais ampla da situação que se apresenta. Crenças disfuncionais a respeito da doença, do profissional de saúde, do tratamento e as limitações impostas, da instituição de cuidado à saúde e sobre si mesmo, interferem no processo saúde-doença, na adesão ao tratamento médico e na mudança de comportamentos de risco e estilo de vida. As doenças crônicas, em função das dificuldades encontradas na adesão ao tratamento em longo prazo, na mudança do estilo de vida e no estresse relacionado à doença, constituem um desafio para médicos e pacientes. Pacientes com doenças crônicas geralmente manifestam problemas psicológicos, complicando a gestão dos problemas médicos. O terapeuta cognitivo-comportamental deve adequar as avaliações comportamentais, formulações e planos de tratamento de uma forma que leve em consideração as variáveis biológicas, psicológicas e físicas. Tem sido sugerido que o terapeuta deve compreender a estrutura cognitiva de interpretação do paciente, a partir da qual derivam o significado para suas experiências. Nas intervenções cognitivo-comportamentais para problemas médicos, os métodos destinados a facilitar a mudança cognitiva, por vezes, constituem o principal foco do tratamento, mas muitas vezes eles são parte dos tratamentos que incluem métodos adicionais, tais como a instrução de relaxamento, treinamento em comunicação e relacionamento interpessoal. A prática da TCC na área da saúde pode ser aplicada em instituições de saúde de diferentes níveis, como hospital, unidade básica de saúde, posto de saúde, clínica privada, comunidade, entre outros, adaptando-se suas estratégias de acordo com o contexto e suas especificidades. A TCC tem se mostrado útil para reduzir a depressão, a ansiedade e o *stress* relacionados à doença, produzir melhora na qualidade de vida e potencialização dos resultados do tratamento, além de mudança de crenças disfuncionais relacionadas ao processo saúde-doença, redução no consumo de drogas psicotrópicas, aumento na aderência ao tratamento de saúde, mudança no estilo de vida, redução do período de internação e do aparecimento de comorbidades.

Bolsista CAPES

3.3 STRESS COMO PREDITOR DA LESÃO ESPORTIVA.

Aline Arias Wolff, Lucia Emmanoel Novaes Mallagris (UFRJ).

Palavras-Chave: Lesão Esportiva. *Stress*. Preditores Psicológicos da Lesão esportiva.

A lesão esportiva é um complicador sério para o atleta e para o esporte como um todo. Dependendo da gravidade da lesão um atleta pode encerrar sua carreira ou ainda permanecer muito tempo afastado de suas atividades, o que acarreta perda de preparo físico, técnico e tático. As agremiações esportivas, por outro lado, sofrem com os espaços deixados pelos atletas lesionados, bem como com os altos custos de tempo e dinheiro gerados no processo de reabilitação. Além disso, o bem-estar físico e psicológico do profissional do esporte é fortemente afetado por uma lesão, o que deve ser alvo de preocupação dos profissionais de saúde como um todo. Muitos estudos demonstram os diversos aspectos psicológicos associados à lesão esportiva, tanto em sua prevenção quanto no seu tratamento. O stress psicológico tem aparecido nas pesquisas como um fator predisponente a ocorrência da lesão por alterar a atenção periférica e a contração muscular, o que aumenta a chance da ocorrência de lesão, desempenhando também um papel crucial no processo de reabilitação, por seus efeitos no sistema imunológico. Discutir as relações existentes entre o stress e a ocorrência de lesões esportivas é o desiderato desta apresentação, já que o tema aparece pouco explorado no cenário nacional e o conhecimento de tais relações pode auxiliar profissionais do esporte na implementação de estratégias de controle do stress e da ansiedade para, dessa forma, diminuir a prevalência das lesões esportivas. Enquanto os componentes físicos da lesão são o foco do tratamento e prevenção (através dos trabalhos da preparação física e fisioterapia), o stress tende a ser minimizado em importância e até, muitas vezes, não identificado. Sem ser reconhecido e, por isso, não ser alvo de qualquer intervenção, estressores psicológicos e o stress propriamente dito podem precipitar a lesão e/ou impactar negativamente no processo de reabilitação. A intervenção psicológica para a prevenção de ocorrência de lesões se divide em dois diferentes objetivos: o primeiro visa modificar a interpretação cognitiva frente aos potenciais estressores e o segundo visa agir sobre os efeitos fisiológicos e atencionais causados pelo stress. As intervenções para modificar a interpretação cognitiva são baseadas na abordagem cognitivo-comportamental com estratégias de reestruturação cognitiva, associadas ao ajuste de expectativas e objetivos mais realistas, assim como uma melhora na relação atleta-técnico-equipe. Essa abordagem teórica é a mais facilmente aplicável a realidade do esporte e, por tal razão, a mais comumente utilizado por psicólogos do esporte ao redor do mundo.

3.4 RELAÇÃO ENTRE *STRESS*, RAIVA E DOENÇAS CRÔNICAS EM PROFESSORES DO ENSINO FUNDAMENTAL.

Sthefani Nogueira Saraiva, Lucia Emmanoel Novaes Malagris (UFRJ)

Palavras-Chave: *Stress*. Professores. Doenças Crônicas.

É reconhecidamente notável o trabalho dos profissionais envolvidos na Educação, citando-se primordialmente a classe dos Professores. No entanto, é percebido em Professores de todos os níveis de escolaridade, que a pressão exercida sobre eles em seu trabalho contribui fortemente para seu empobrecimento laboral e conseqüente adoecimento físico e psíquico. Assim sendo, nota-se que é preciso um estudo aprofundado não somente do profissional Professor, mas também de como sua rotina de trabalho pode ser extremamente estressante e desajustada, caso suas condições de trabalho não sejam devidamente adequadas. Além disso, a extrema responsabilidade exigida por tal profissão torna a rotina ainda mais estressante. Através desse contexto, é possível inferir a importância de estudos envolvendo *stress*, expressão da raiva, doenças crônicas e o ofício do Professor. O que se pretende analisar através dessa pesquisa, que está sendo realizada no âmbito do Mestrado em Psicologia/UFRJ, é a existência de relações entre essas variáveis. Logo, o objetivo geral é investigar a correlação entre as variáveis *stress*, raiva e doenças crônicas em Professores do 6º ao 9º ano do Ensino Fundamental. Para responder a esse questionamento, serão utilizados: um Questionário Sociobiográfico Ocupacional e de Saúde, o Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de Lipp (ISSL) e o Inventário da Expressão da Raiva como Estado e Traço (STAXI) com grupos de Professores do Ensino Fundamental de escolas públicas do Município de Itaboraí. Algumas das hipóteses do estudo são: a existência de uma correlação entre *stress*, raiva e doenças crônicas; um alto índice de Professores estressados na amostra em fases avançadas (resistência, quase-exaustão e exaustão); Professores mais antigos na função e com alto nível de stress apresentam um maior histórico de doenças crônicas. Participarão da pesquisa Professores de qualquer faixa etária e de ambos os sexos, do 6º ao 9º ano do Ensino Fundamental, que ministrem quaisquer das disciplinas curriculares, e que façam parte do corpo docente das 10 escolas da rede pública do Município de Itaboraí selecionadas pela pesquisadora. Foi selecionado especificamente esse recorte do 6º ao 9º ano devido à hipótese de que tais Professores sejam os mais afetados pelo *stress* ocupacional, aliada à constatação, através de outros estudos, de que este segmento é mais suscetível ao stress que outros. Entende-se que a pesquisa 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.

4. COACHING COGNITIVO-COMPORTAMENTAL: DEFINIÇÃO E POSSIBILIDADES DE ATUAÇÃO.

Coordenadora: Aline Sardinha (IPUB/UFRJ).

4.1 INTRODUÇÃO: O QUE É COACHING?

Anna Lucia Spear King, Gisele Dias, Antonio Egidio Nardi (LABPR, IPUB, UFRJ / INCT-TM, CNPq).

Palavras-Chave: Coaching. Comportamento. Desenvolvimento.

Coaching caracteriza-se por um processo de aprendizagem e desenvolvimento de competências comportamentais, psicológicas e emocionais no indivíduo, direcionando-o à conquista de objetivos e obtenção de resultados. O objetivo do processo de coaching é promover a autoconfiança, alcançar metas, solucionar problemas e superar barreiras e limitações. O coach é o profissional especializado no processo de coaching que fornece suporte e feedback contínuo para o coachee (cliente) desenhar um plano de ação eficiente em direção a uma meta específica ou um novo comportamento. O coach pode ser considerado um treinador que assessora o cliente, levando-o a refletir, chegar a conclusões, definir ações e, principalmente, agir em direção a seus objetivos, metas e desejos. O coach não precisa ser um especialista na área de atuação de seu cliente. O processo de Coaching é caracterizado por encontros semanais, quinzenais ou mensais entre coach e coachee e têm duração variável em média de 1 hora até 2 horas. Isso não é uma regra, mas é comum. O coaching tem a missão de despertar nos Seres Humanos seu potencial infinito. Desenvolver seus recursos emocionais, suas habilidades e capacidades comportamentais de maneira que estes possam obter resultados extraordinários na vida pessoal e profissional. O mercado de coaching é basicamente dividido em Personal Coaching (Coaching Pessoal), Life Coaching (Coaching de Vida) e Executive and Business Coaching (Coaching Executivo). O Personal Coaching e Life Coaching são modalidades similares de coaching onde um profissional coach atua junto com seu cliente coachee. O trabalho é direcionado para o sucesso pessoal ou profissional que necessita de foco, objetivos definidos, motivação, planejamento, transformação, superação e assertividade. O Executive and Business Coaching está relacionado ao mundo corporativo, desenvolvimento de empresas, organizações e pessoas em cargos de liderança. O coaching é uma ferramenta poderosa em qualquer área e pode atuar com: adultos, adolescentes, crianças, atletas, empresários, famílias, vendas, liderança, carreira, relacionamentos, emoções, comunicação, negócios, crises e vários outros segmentos. Devemos buscar o processo de coaching quando desejamos alterar nosso curso de vida sair da estagnação em direção a objetivos específicos. O processo de coaching é também utilizado para traçar estratégias eficientes para o crescimento na carreira, no sentido de obter mais realizações pessoais e profissionais. O coaching é indicado em momentos de transição na carreira (mudança de emprego ou função), nas crises (falta de foco, perda de desempenho ou motivação) e na aposentadoria ou promoção. O coaching surge em um momento em que as mudanças sociais e culturais acontecem em uma velocidade crescente. Assim, desafio atual é como mudar as mentes, pensamentos e comportamentos de modo a acompanhar estas demandas do ambiente, contexto em que a abordagem cognitivo-comportamental no coaching pode contribuir de forma significativa.

Apoio financeiro: bolsa de doutorado CNPq e Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia – Translational Medicine (CNPq)

4.2 SEMELHANÇAS E DIFERENÇAS ENTRE TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL E COACHING COGNITIVO COMPORTAMENTAL. Fernanda Coutinho, Gisele Dias, Antonio Egidio Nardi (IPUB/UFRJ / INCT-TM, CNPq).

Palavras-Chave: Terapia Cognitivo-Comportamental. Coaching Cognitivo-Comportamental. Semelhanças e Diferenças.

A eficácia da terapia cognitivo-comportamental (TCC) é fortemente evidenciada em uma variedade de transtornos clínicos como depressão e ansiedade. O Coaching Cognitivo Comportamental (CCC) aparece como uma abordagem baseada em técnicas cognitivas e comportamentais com foco na população não clínica, a fim de obter um melhor desempenho profissional e em diferentes esferas da vida pessoal. O CCC é uma abordagem integrativa que combina o uso de técnicas e estratégias cognitivas, comportamentais, de imagens e resolução de problemas em uma estrutura comportamental-cognitiva, para que os indivíduos alcancem objetivos realistas. Semelhanças entre as duas abordagens são visíveis, como por exemplo, o fato de as sessões serem estruturadas e colaborativas, logo no início os problemas são identificados e traçam-se metas realistas para eles. Algumas técnicas utilizadas durante o processo de coaching são semelhantes às de TCC como, por exemplo, a técnica de resolução de problemas. Entre as diferenças, a primeira a ser destacada é a população que não deve ser clínica, isto é, não pode apresentar nenhum tipo de transtorno tanto do Eixo I quanto do Eixo II. A população beneficiada com o CCC é aquela na qual os problemas não são indicações de patologias ou de uma forma disfuncional de se comportar, mas sim originadas de um repertório comportamental limitado. No CCC o foco não é colocado na história de vida do indivíduo e aspectos passados, mas na sua motivação para mudança e estabelecimento de planos de ação. A duração da sessão pode variar de 30 a 120 minutos enquanto na TCC individual a sessão dura entre 45 e 60 minutos. Algumas terminologias também são diferentes com o termo utilizado para referir-se a tarefa de casa. O CCC contribui para que os indivíduos que busquem esse tipo de treinamento desenvolvam planos de ação para o presente e futuro com o objetivo final de ajudar os indivíduos a se tornarem seus próprios orientadores. Neste ponto a TCC se assemelha por ter objetivos claros e orientados para que os clientes tornem-se seus próprios terapeutas. Dentro dos contextos de trabalho, o CCC frequentemente se concentra em melhorar ou maximizar o desempenho. Já no contexto pessoal, o CCC traz uma melhor qualidade de vida e agrega bem estar ao indivíduo. Nesta perspectiva, o CCC apesar de ainda pouco divulgado no Brasil mostra ser uma abordagem bastante útil no momento em que ajuda o indivíduo a desenvolver seus potenciais para a vida e o trabalho, criando novas formas de proceder diante de impasses ou problemas que continuamente limitam sua vida.

4.3 COACHING COGNITIVO-COMPORTAMENTAL NA PROMOÇÃO DA SAÚDE.

Aline Sardinha, Gisele Dias, Antonio Egidio Nardi (IPUB/UFRJ / INCT-TM, CNPq).

Palavras-Chave: Coaching. Promoção da Saúde. Estilo de Vida.

Nos últimos anos, a mortalidade por doenças relacionadas a estilos de vida não saudáveis ultrapassou a número de mortes causadas por infecções ou causas violentas. Comportamentos como tabagismo, dieta rica em açúcares, sódio e lipídeos, sedentarismo, abuso de substâncias, entre outros, são atualmente considerados um dos maiores problemas de saúde pública. Muitas estratégias vêm sendo propostas no sentido de promover a prevenção dessas condições pela modificação precoce do estilo de vida, bem como a adesão ao tratamento das doenças crônicas decorrentes de sua manutenção. Métodos baseados no aconselhamento parecem não apresentar eficácia significativa no sentido de incrementar a prevenção ou promover a adesão ao tratamento de doenças crônicas no longo prazo. Estratégias clínicas voltadas para a modificação comportamental mediada pela mudança cognitiva ou por intervenções motivacionais têm sido respaldados pela literatura, entretanto ainda com índices medianos de eficácia. O Coaching Cognitivo-Comportamental (CCC) é uma técnica de modificação de comportamentos a partir da utilização de técnicas cognitivo-comportamentais, especialmente voltado para indivíduos que não apresentam nenhum diagnóstico psiquiátrico, mas que ainda assim enfrentam dificuldades em modificar padrões específicos em suas vidas. Recentemente, estratégias de intervenção baseadas no CCC têm sido aplicadas com sucesso significativo na modificação de comportamentos não saudáveis tanto na população em geral quanto em pacientes com doenças crônicas que necessitam de tratamento. O CCC aplicado à saúde é uma abordagem individualizada que visa promover a autonomia dos pacientes através do aumento do conhecimento e entendimento a respeito de assuntos relacionados à saúde, dando-lhes maiores recursos para mudanças, autocuidado, automonitoramento e independência e aumentando a probabilidade de mudança de comportamentos não saudáveis e de adesão a tratamentos para doenças crônicas de longo prazo. O modelo do CCC aplicado à saúde utiliza técnicas comprovadamente eficazes derivadas da Terapia Cognitivo-Comportamental, da Entrevista Motivacional e de Solução de Problemas dentro do contexto teórico do CCC para auxiliar os indivíduos a modificarem atitudes e comportamentos no sentido da promoção da saúde, considerando os processos motivacionais de preparação para a mudança e fornecendo ferramentas específicas para sua implementação. O CCC para a promoção da saúde é um método integrativo que incorpora técnicas já consolidadas em um único processo estruturado voltado para a obtenção de objetivos específicos no curto prazo. Apesar de estar sendo amplamente utilizado em nível clínico, empresarial e governamental em outros países, o CCC para a promoção da saúde é ainda insipiente no Brasil. Nesse sentido, este trabalho objetiva não apenas apresentar as estratégias comprovadamente eficazes do CCC aplicado à saúde, mas também informar a audiência sobre esta possibilidade de atuação do terapeuta cognitivo-comportamental e de profissionais de saúde em geral.

Apoio financeiro: bolsa de doutorado CNPq e Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia – Translational Medicine (CNPq).

4.4 A ATUAÇÃO DO COACH COGNITIVO-COMPORTAMENTAL E O ESTRESSE NO AMBIENTE OCUPACIONAL.

Camila Martiny, Gisele Dias, Antonio Egidio Nardi (IPUB,UFRJ / INCT- TM, CNPq).

Palavras-Chave: Estresse Laboral. Qualidade de Vida. Coaching Cognitivo-Comportamental.

Nas últimas décadas, passamos por inúmeras mudanças sociais e econômicas que geraram grandes transformações no mercado de trabalho. Observamos que há uma grande valorização no tempo dedicado ao trabalho ou à obtenção de habilidades que possam melhorar a qualidade e principalmente a rapidez dos resultados. Essa cultura laboral pode gerar danos à saúde física e mental do trabalhador, diminuição da qualidade de vida, e em termos econômico-sociais está relacionada com elevados custos em absenteísmo, perda de produtividade e gastos com a promoção de saúde. O Coaching Cognitivo-Comportamental (CCC) faz uso de diversas estratégias cognitivas e comportamentais que já tiveram a eficácia comprovada através de diversos estudos, técnicas de relaxamento, juntamente com intervenções mais focadas no desenvolvimento pessoal e profissional visando ao aumento dos recursos psicológicos e habilidades de coping, assim como mudanças no contexto ocupacional. Geralmente, esta modalidade de trabalho é procurada quando o indivíduo está em processo de mudança profissional, está visando o aperfeiçoamento de suas habilidades, encontra dificuldades em alcançar suas metas sem colaboração e/ou acredita que determinadas mudanças podem ser benéficas para a qualidade de sua vida. O coach (profissional que realiza o coaching) cognitivo-comportamental tem como um de seus objetivos trabalhar para prevenir e reduzir o estresse laboral, propiciar mudanças no estilo de vida, colaborar para o desenvolvimento profissional em indivíduos não clínicos. As metas e objetivos assim como na TCC, são definidas de forma colaborativa com o cliente, e o fato do profissional coach ser um psicólogo clínico é de grande valia para a avaliação das necessidades deste indivíduo, uma vez que pode identificar demandas clínicas e encaminhar o indivíduo ao tratamento adequado. No caso, o cliente que apresentar um quadro diagnóstico psicopatológico do eixo I ou II é encaminhado para o tratamento psicoterápico. No contexto de prevenção/ gestão do stress ocupacional, as estratégias de gerenciamento de stress podem se dar em um nível primário, com a redução dos fatores de risco; secundário, por meio da alteração da forma como o indivíduo responde aos riscos e aos estressores, e, finalmente, terciário, com o tratamento daqueles que sofreram traumas relacionados ao trabalho. A atuação do coach cognitivo-comportamental na prevenção e redução do stress ocupacional é, nesse contexto, de extrema importância, em especial no nível secundário. Neste nível, são desenvolvidas no indivíduo competências relacionadas à identificação e modificação de estressores, em particular daqueles relacionados à própria forma de o profissional interpretar e responder às diferentes situações do ambiente de trabalho. Novas pesquisas, que busquem compreender estressores específicos do contexto laboral no Brasil e desenvolver técnicas que auxiliem no processo de promoção de qualidade de vida no trabalho, com novos padrões de pensar e agir por parte dos profissionais em todos os níveis das organizações, são, dessa maneira, fundamentais para o desenvolvimento da Psicologia do Coaching sob abordagem cognitivo-comportamental no país, fornecendo uma base sólida e baseada em evidências para auxiliar o coach a enfrentar os desafios impostos pela complexidade contemporânea do mundo do trabalho.

Apoio financeiro: bolsa de mestrado CNPq e Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia – Translational Medicine (CNPq).

5. A MÚLTIPLA APLICABILIDADE DA TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL.

Coordenadora: Angela Alfano (HC-FMUSP, SP).

5.1 USO DE TÉCNICAS COGNITIVAS COM CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM TRANSTORNO DE ASPERGER.

Angela Alfano (HC-FMUSP, SP).

Palavras-Chave: Transtorno de Asperger. Técnicas Cognitivas. Infância e Adolescência.

O Transtorno de Asperger (TA) faz parte do grupo de Transtornos Invasivos ou Globais do Desenvolvimento e acomete aproximadamente 1 em cada 200 indivíduos. Seu início precoce, perfil sintomático e cronicidade envolvem mecanismos biológicos fundamentais relacionados à adaptação social. O TA tem como características prejuízos na interação social e interesses e comportamentos limitados. Seu curso de desenvolvimento está marcado por uma falta de atraso clinicamente significativo na linguagem, no desenvolvimento cognitivo, nas habilidades de autocuidado e na curiosidade sobre o ambiente. Muitas vezes esses indivíduos encontram-se socialmente isolados, mas não apresentam aversão à interação com os outros. É comum que eles abordem os demais, mas de uma forma inapropriada e excêntrica. Podem expressar interesse em fazer amizades e encontrar pessoas, mas seus desejos são invariavelmente frustrados por suas abordagens desajeitadas e pela falta de entendimento em relação aos sentimentos e intenções dos outros e pelas formas de comunicação não-literais e implícitas. Eles também podem reagir de forma inapropriada ou não compreender o contexto da interação afetiva, geralmente transmitindo um sentido de insensibilidade, formalidade ou desconsideração pelas expressões emocionais dos demais. Cronicamente frustrados pelos seus repetidos fracassos sociais e em estabelecer relações de amizade, alguns indivíduos com TA desenvolvem sintomas de ansiedade ou de humor. Sua intuição pobre e falta de adaptação espontânea são acompanhadas por um notável apego às regras formais do comportamento e às rígidas convenções sociais. Sabidamente o domínio de habilidades sociais funciona como fator de proteção no curso do desenvolvimento humano. Uma vez que os problemas sociais são um dos pilares das dificuldades de portadores de TA, para que seja possível um bom prognóstico, inclusive diminuindo-se as chances de instalação de comorbidades como Transtornos de Ansiedade ou do Humor em decorrência da deficiência de base, pode-se afirmar que o tratamento deve iniciar precocemente, ainda na infância ou início da idade adulta. Tendo em vista as características do quadro fica claro que diversas técnicas cognitivas e comportamentais podem ajudar portadores de TA, desde que toda a intervenção seja conduzida à luz de seu perfil cognitivo peculiar. O trabalho com essas crianças e adolescentes deve envolver não apenas seus aspectos emocionais e sociais, mas também suas dificuldades de linguagem e entendimento de mundo. O treino em habilidades sociais, por exemplo, deve conter um trabalho intensivo de aprimoramento de habilidades de comunicação e de dificuldades relacionadas à teoria da mente. O objetivo do presente trabalho é apresentar como se dá o manejo terapêutico desses indivíduos na abordagem cognitivo comportamental. Serão mostrados exemplos práticos de atividades e relato de intervenções reais baseados em diversos casos clínicos.

5.2 O TEATRO À SERVIÇO DO TREINAMENTO DAS HABILIDADES SOCIAIS.

Manuela Borges (Centro de Neuropsicologia Aplicada, Centro Psicológico de Controle do Stress, Rio de Janeiro, RJ).

Palavras-Chave: Habilidades Sociais. Treinamento em Grupo. Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC).

Frente à importância de instrumentalizar pacientes com inabilidades sociais e à dificuldade de se treinar tais habilidades no ambiente terapêutico individualizado, surgiu a ideia de se juntar: os pressupostos da Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) no tratamento e treinamento de pacientes com dificuldades em Habilidades Sociais (HS) e os aspectos lúdicos e interacionais usados no teatro. O termo HS geralmente é usado para designar um conjunto de capacidades comportamentais aprendidas que envolvem interações sociais. O comportamento socialmente habilidoso ou mais adequado refere-se à expressão, pelo indivíduo, de atitudes, sentimentos, opiniões, desejos, respeitando a si próprio e aos outros, existindo, em geral, resolução dos problemas imediatos da situação e diminuição da probabilidade de problemas futuros. Um repertório social empobrecido pode constituir em um sintoma ou correlato de problemas psicológicos, podendo se expressar como dificuldades interpessoais na infância. O desenvolvimento de habilidades sociais na infância pode se constituir em um fator de proteção contra a ocorrência de dificuldades de aprendizagem e de comportamentos anti-sociais. Comportar-se com habilidades sociais favorece a obtenção de reforçadores sociais importantes como amizade, respeito, status no grupo ou, genericamente, em convivência cotidiana mais agradável. Os programas de Treinamento em Habilidades Sociais (THS) vêm se direcionando de *settings* individuais para intervenções em grupo, onde o trabalho se mostrou mais efetivo, já que os conhecimentos de cada membro podem ser compartilhados com os demais, favorecendo trocas de experiências, opiniões, sentimentos etc. Algumas outras vantagens do THS em grupo são: Favorece um ambiente social mais complexo e uma maior variedade de modelos, permite a aquisição de certas habilidades pois fornece oportunidades ao vivo, proporciona um meio protegido, permite a reprodução similar de muitos encontros interpessoais favorecendo a consolidação e generalização das condutas treinadas, há *feedback* imediato, maior número de situações-problema e mais suporte para as suas soluções, a eficácia de certa habilidade pode ajudar o terapeuta frente aos membros resistentes e/ou desqualificadores, além de uma maximização dos recursos humanos e materiais. Assim, foi iniciado um grupo de Treinamento em Habilidades Sociais para pacientes portadores de Transtorno Invasivo do Desenvolvimento SOE, Síndrome de Asperger e outros. Este grupo de treinamento tem por objetivo fornecer habilidades sociais básicas para melhorar a interação social com pares, ampliar a capacidade de empatia, a assertividade, a capacidade de solução de problemas, o auto-conhecimento, a tomada de decisão, a compreensão, a expressão e o compartilhar das emoções, o uso de *feedbacks* sociais, o desenvolvimento da auto-estima, o uso dos comportamentos não-verbais na interação, a pragmática conversacional, o entendimento e uso da linguagem figurada, além de ampliar os temas de interesse e fornecer um espaço para a interação social propriamente dita. A ideia de se utilizar exercícios teatrais faz com que o THS ocorra de forma calma, relaxada, animada e prazerosa, desenvolvendo a criatividade, a autenticidade e o carisma de seus participantes. Os exercícios teatrais possibilitam que os pacientes se coloquem em situações sociais de forma “protegida”, ou seja, durante as cenas propostas, atuando como personagens (e não como eles próprios no ambiente natural), podendo adquirir habilidades sociais através de Modelagem e Modelação. Esta última ocorre através do exercício de observação que é colocado como imprescindível no papel de ator. As experiências tidas nos papéis de “ator” (durante a prática dos exercícios e cenas) e de “platéia” (observação da performance dos

demais participantes do grupo) auxiliam no treinamento de déficits tipicamente observados em portadores de Transtorno Invasivo do Desenvolvimento SOE e Síndrome de Asperger como: dificuldades em empatia, pragmática, percepção e uso de comportamentos não-verbais, percepção e compartilhar de emoções, dentre outros, ampliando ainda os temas de interesse destes pacientes e o relacionamento interpessoal, tipicamente, restrito.

5.3. A EFICÁCIA DO TRATAMENTO COGNITIVO COMPORTAMENTAL EM UM QUADRO DE DÉFICIT COGNITIVO: RELATO DE CASO.

Bárbara Velloso (Clínica Particular, Rio de Janeiro, RJ).

Palavras-Chave: Retardo Mental. Caso Clínico. Terapia Cognitivo-Comportamental.

O presente trabalho visa apresentar a intervenção terapêutica de base cognitivo comportamental realizada com uma portadora de retardo mental, mediante a exposição do caso clínico. Segundo o Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais, 4ª edição (DSM-IV), “A característica essencial do Retardo Mental é um funcionamento intelectual significativamente inferior à média (Critério A), acompanhado de limitações significativas no funcionamento adaptativo em pelo menos duas das seguintes áreas de habilidades: comunicação, autocuidado, vida doméstica, habilidades sociais/interpessoais, uso de recursos comunitários, auto-suficiência, habilidades acadêmicas, trabalho, lazer, saúde e segurança (Critério B).” P. é uma paciente de 24 anos, com déficit cognitivo atestado em uma avaliação neuropsicológica realizada antes do início do tratamento. Apresenta comportamentos de dependência e passividade em relação às pessoas, principalmente sua família. Não possui amigos e seus relacionamentos amorosos foram passageiros. Seu discurso em certos momentos apresenta muita coerência e em outros perde um pouco o sentido, chegando a e se tornar delirante. Na escola a chamavam de “burra”, devido a sua dificuldade de aprendizagem. Fez faculdade de moda e com a ajuda de uma Psicopedagoga conseguiu se formar. No trabalho, realizado na loja da família, P. se sente inútil e desmotivada, por ficar somente na posição de observadora. A exposição do caso mostrará as técnicas utilizadas com P. e as adaptações necessárias à sua aplicação frente à dificuldade de entendimento da paciente. Mesmo já estando na idade adulta recursos comumente utilizados no tratamento de crianças como colagem, elaboração de uma “caixa de pensamentos” e intervenções com os pais, foram de grande valia. Um dos pontos mais significativos do tratamento foi quando sua mãe participou de uma sessão, levando P. a esboçar o quanto as críticas que recebia eram pesadas e dolorosas. A sessão conjunta fez com que a mãe reconhecesse algumas de suas atitudes prejudiciais à filha, desculpando-se e se mostrando disposta a tentar mudar seu próprio comportamento para ajudá-la. Foi aplicado o Questionário de Crenças que mostrou claramente as crenças mais enraizadas de P.: “Quando as coisas dão errado, eu sempre sinto que a culpa é minha”; “As críticas negativas podem me ferir e me deixar deprimido” e “Eu me sinto pressionada a fazer as coisas certas”. No decorrer das sessões, através de inúmeros Registros de Pensamentos Disfuncionais, pode-se perceber que grande parte das situações relatadas envolviam as críticas que recebia, seu sentimento predominante era de raiva e o seu comportamento era de se calar. Ao longo do tratamento P. passou a se sentir mais motivada e apresentou melhora significativa em seu comportamento no âmbito social. Uma evolução importante foi a percepção por parte de P. de que ela buscava em seus relacionamentos o mesmo padrão de comportamento de seus familiares. Através desse caso, podemos concluir que é possível utilizar a Terapia Cognitivo-Comportamental em pacientes com rebaixamento cognitivo. Como esses pacientes compreendem pouco intervenções mais abstratas e complexas, é preciso usufruir de técnicas utilizadas no tratamento para crianças, adaptando os recursos do terapeuta as limitações impostas pelo rebaixamento cognitivo.

5.4 INTERVENÇÃO COGNITIVO-COMPORTAMENTAL NA ANSIEDADE INFANTIL: RELATO DE CASO.

Marcia Lacerda Torres Simões Corrêa (Clínica Particular, Rio de Janeiro, RJ).

Palavras-Chave: Ansiedade. Criança. Terapia Cognitivo-Comportamental.

O presente trabalho irá abordar o acompanhamento através da Terapia Cognitivo-comportamental de uma criança portadora de um quadro de ansiedade. A paciente, do sexo feminino, cuja idade no início do tratamento era de dez anos, vivia com os pais e três irmãos, um deles, o mais velho, do sexo masculino, com treze anos e as outras duas mais novas, do feminino, uma de sete outra de dois anos. Moradora da cidade do Rio de Janeiro, a paciente era estudante de escola particular, onde surgiram os principais problemas que a levaram à terapia, apesar de seu histórico ter sido até então de uma boa aluna. Nas entrevistas preliminares a mãe relata ter sido sempre um embate para a filha ir para escola, porém houve piora significativa no decorrer de poucos meses. A paciente começou a apresentar relutância persistente à rotina escolar e a tudo que se referia a ela (deveres, tomar banho, colocar o uniforme, etc.). Esse quadro foi sendo delineado principalmente por conta do aparecimento de sintomas ansiosos importantes. A princípio estes pareciam tratar-se de um quadro de ansiedade de separação. A paciente temia separar-se de sua casa, de sua mãe e de outras figuras de vinculação. Preocupava-se com a possibilidade de algo ruim acontecer a ela (mãe) ou aos pais. Depois outros sintomas ansiosos foram sendo relatados, tais como: medo de ruídos altos, medo de dormir sozinha, preocupações relacionadas a desempenho escolar (provas, notas, boletim) e sintomas somáticos típicos de um Transtorno de Ansiedade Generalizada, dentre eles: dores de cabeça freqüentes, náuseas, palpitações e falta de ar. O comportamento da paciente passou a ser o de evitação do estímulo estressor (p. ex.: escola) e busca por ambientes protegidos do estresse (p. ex.: casa). O que mais se destacou no funcionamento cognitivo da paciente foi a distorção do tipo supervalorização do negativo e sentimentos tais como medo, preocupação e tristeza. Todo esse quadro gerou um prejuízo funcional passando a comprometer seriamente a vida escolar, social e familiar da paciente. Este comprometimento, por sua vez, acabou refletindo em baixa auto-estima e certo desinteresse pela vida. A paciente apresentava descuido pessoal, inabilidade nas interações sociais, queixava-se de ter poucas amigas, fazer parte do “grupo das excluídas”, relatava ter vontade relacionar-se com demais crianças de sua faixa etária e não conseguir fazê-lo. Além de todas essas dificuldades, chegou a sofrer *bullying* no ambiente escolar. Durante o tratamento foram utilizadas técnicas cognitivo-comportamentais das mais diversas. Dentre elas: psicoeducação, Reestruturação Cognitiva, Registro de Pensamentos e Sentimentos, Treino em Solução de Problemas, Treinamento em Habilidades Sociais, Respiração Diafragmática, Relaxamento, jogos, teatro. Paralelamente à aplicação dessas ferramentas terapêuticas, fez-se igualmente importante a orientação de pais e a intervenção medicamentosa através do acompanhamento psiquiátrico. A soma desses trabalhos viabilizou o êxito neste caso. Dentro de um período de nove meses de acompanhamento psicoterápico, a paciente voltou a frequentar normalmente a escola, voltou a realizar seus deveres e provas recuperando suas boas notas, perdeu o medo de dormir sozinha, construiu novas amizades, recuperou sua auto-estima e autoconfiança.

6. DEFAIOS CLÍNICOS NA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA.

Coordenadora: Maria Alice de Castro (consultório particular).

6.1 ESTRATÉGIAS EM HABILIDADES SOCIAIS PARA MANEJO DE SITUAÇÕES DE BULLYING.

Patricia Barros (UERJ).

Palavras-Chave: Estratégias. Habilidades Sociais. *Bullying*.

Bullying pode ser definido como um ato consciente e deliberadamente hostil com o objetivo de causar mal ou medo a alguém através de comportamentos ameaçadores. De modo geral, o ato do bullying envolve a diferença de status entre os envolvidos, seja ela física, cognitiva, social, econômica ou racial que, de alguma forma, coloque algum deles em posição de inferioridade em relação ao outro. A intenção do agressor é de causar mal ou prejuízo à outra pessoa para obter alguma vantagem, status ou prazer. Além disso, os atos passam a ser rotineiros e geram preocupação e medo em suas vítimas pela ameaça constante de retaliação ou recriminação. Muitas delas, se percebem como indivíduos socialmente ineficazes pelas alternativas restritas para lidarem com a situação. Os comportamentos de bullying podem assumir uma configuração agressiva verbalmente, fisicamente ou de ordem relacional. Alguns atos verbais podem ser exemplificados como piadas repetidas com a mesma temática sobre um mesmo indivíduo, respostas em tom de voz agressivo ou vexatórias, que expõem criança ou adolescente publicamente. Atos de ordem relacional mantêm esses indivíduos isolados, ignorados ou excluídos e envolvem, por exemplo, negação ou exclusão do jovem em atividades sociais, como ser repetidamente escolhido por último ou o primeiro a ser eliminado sem motivos claros, ou ainda, estarem envolvidos em comentários negativos sem seu conhecimento. Estudos têm mostrado que o perfil daqueles que praticam bullying envolve a prática de comportamentos agressivos com o objetivo de manter ou construir um lugar de destaque, inserção ou de poder no grupo. Esses indivíduos apresentam déficits em empatia e habilidades de cooperação, bem como intolerância à frustração e impulsividade. Por outro lado, aqueles que se tornam seus alvos apresentam, em geral, respostas passivas às agressões, mostrando déficits em assertividade, na iniciação e manutenção da interação, que podem ser anteriores ou em decorrência à situação. Essas vítimas, normalmente, possuem alguma característica diferencial em relação ao contexto e podem apresentar transtornos neuropsiquiátricos ou desenvolvê-los como consequência do bullying. Mais do que vítima e agressor, existem personagens outros nesta dinâmica. Diante desses atos, crianças e adolescentes observadores podem indiretamente experimentar medo e responder passivamente às agressões aos pares. Adicionalmente, as figuras de autoridade dos ambientes em que acontecem tais fatos, como professores, por exemplo, necessitam de habilidades que os facilitem mediá-los: negociar conflitos, instituir consequências e promover modelos de comportamento adequados. Dessa forma, fica clara a necessidade do aprimoramento das habilidades sociais de todos os envolvidos nos comportamentos de bullying. Assim, o objetivo deste estudo é apresentar o perfil das habilidades sociais a serem desenvolvidas por cada um dos personagens (vítimas, praticantes, observadores e mediadores), bem como estratégias que os façam desenvolvê-las e que possam auxiliar na prevenção e no manejo desses eventos. Isso incluiria desde o treinamento em habilidades sociais de vítimas e agressores a nível individual até a aplicação destas habilidades a nível institucional no contexto em que as agressões acontecem.

6.2 TRANSTORNO BIPOLAR DO HUMOR NA INFÂNCIA: ORIENTAÇÃO A FAMÍLIA

Maria Alice de Castro (consultório particular).

Palavras-Chave: Bipolar. Humor. Família.

Crianças e adolescentes com transtorno bipolar com frequência são mal diagnosticados com outras condições psiquiátricas, tais como transtorno de déficit de atenção/hiperatividade (TDAH) ou problemas de comportamento. Entretanto, graças ao recente interesse e a pesquisa sobre o transtorno bipolar em crianças, hoje está claro que o transtorno bipolar existe na infância. Alguns estudos apontam para a importância da intervenção com a família, devido aos sintomas específicos dessa desordem como os episódios de depressão e mania causar problemas nos relacionamentos familiares. A inclusão dos membros da família ou pessoas próximas na terapia podem ajudar a criança a reconhecer quando os sintomas estão retornando, promovendo uma maior conscientização das mudanças em seu humor, assim como, criar uma oportunidade para um melhor convívio entre o paciente e a sua família. O objetivo desse estudo é descrever algumas das estratégias que podem ser utilizadas enfocando a família. A psicoeducação que proporciona tanto para o paciente como para seus familiares o aprendizado sobre o que é o transtorno afetivo bipolar, a noção de vulnerabilidade para futuros episódios, enfatizando o reconhecimento dos sintomas precoces, instruindo sobre o curso longitudinal e os fatores de risco e de recaídas. O desenvolvimento de habilidades de comunicação, que promove uma escuta ativa entre os membros da família ajudando-os na definição dos papéis e das responsabilidades, diminuindo os níveis críticos e de conflito, criando dessa maneira o suporte familiar que a criança ou adolescente precisa. Além da implementação das habilidades de resolução de problemas, os membros da família podem se beneficiar com essa estratégia aprendendo a identificar os problemas relacionados ao transtorno, listando todas as possíveis soluções, discutindo as vantagens e desvantagens, escolhendo a melhor solução e planejando como e quando implementá-la. A educação para os membros da família vai abordar problemas previsíveis desse transtorno, como a atribuição de culpa entre o casal e a tendência a entrar num círculo negativo de alienação ou superproteção. Outro problema abordado é o ressentimento entre os irmãos em relação à diferença na exigência das disciplinas dos pais, ou receio de desenvolverem a mesma “doença”. A família terá maior possibilidade de equilíbrio quando conseguir distinguir a criança da desordem, aprendendo a reconhecer as múltiplas realidades (episódio de mania e episódios de depressão) e quando conseguir comunicar seus desejos sabendo escutar. A Terapia Cognitivo-Comportamental também ensina procedimentos de enfrentamento, discutindo como evitar as armadilhas, a reconhecer e manejar adequadamente os estressores, os gatilhos dos episódios agudos, e como restabelecer o funcionamento familiar após os episódios. Assim, estudos sugerem que a orientação à família gera o apoio afetivo que pode ajudar as crianças com transtorno bipolar no fortalecimento de sua auto-estima e no desenvolvimento de habilidades que melhore sua qualidade de vida.

6.3 ESTUDO PILOTO: A EFICÁCIA DA TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL EM JOVENS PORTADORES DE TRANSTORNO OBSESSIVO-COMPULSIVO.

Lucia Marmulsztejn, Gabriel Bronstein, Maria Alice de Castro, Loredana Zubcich, Olga Souto, Márcia Votre, Vera Lucia França, Fábio Barbirato (Neuropsiquiatria Infanto da Santa Casa da Misericórdia - RJ).

Palavras-Chave: Obsessivo-Compulsivo. Jovens. Tratamento.

O Transtorno Obsessivo-Compulsivo (TOC) acarreta prejuízos na vida de crianças e de adolescentes, gerando perda na capacidade de desempenhar as funções na escola, na sociedade e em casa. É um transtorno psiquiátrico que acomete, aproximadamente, de 1 a 3% da população. A Terapia Cognitivo-Comportamental de Exposição e Prevenção de Respostas é considerada, no momento, um dos tratamentos de primeira linha para o TOC. Estudos mais recentes têm demonstrado que essa modalidade de tratamento é eficaz na eliminação das obsessões e compulsões e na prevenção de recaídas. Este estudo centrou-se nas intervenções comportamentais como exposição e a prevenção da resposta para provocar o fenômeno da habituação. E nas intervenções cognitivas que parte do princípio de que os pensamentos e crenças distorcidas mantem a patologia. O protocolo de tratamento desenvolvido pela equipe, propõe quatro etapas: a primeira etapa tem como objetivo motivar e educar o paciente e a sua família para o tratamento (psicoeducação), fornecendo informações básicas sobre o TOC e os fundamentos da terapia cognitivo-comportamental. O presente trabalho teve como objetivo adotando o programa March & Mulle (1998), fornecer à criança e adolescente, estratégias que permitam eliminar os sintomas do TOC. Estudo de casos múltiplos realizado com uma amostra de dez crianças/adolescentes 9 a 14 anos, classe socioeconômica média, diagnóstico de TOC sem comorbidade, não utilizar medicação específica do TOC. O instrumento utilizado antes e após intervenção foi à escala Yale-Brown. A intervenção constituiu-se em 24 sessões individuais e de orientação familiar, adaptadas às especificidades da população, considerando que o protocolo atendia a cultura americana. Foram elaborados pela equipe material complementar, livro para psicoeducação e de história para melhor adesão e motivação ao processo terapêutico. Foram observados benefícios significativos ao final do tratamento havendo mudança no resultado da escala Y-bocs >3. O funcionamento psicossocial dos pacientes apresentou melhora global, avaliada pelas terapeutas como muito melhor. Ao término da intervenção verificou-se através de auto-relatos e de comparação qualitativa com Y-Bocs, que a família exibia comportamentos mais funcionais do que no início. Além de mudanças nos pensamentos e crenças distorcidas das crianças/adolescentes, também houve melhora nos relacionamentos interpessoais e familiares. Os estudos avaliados confirmaram que a abordagem foi eficaz no tratamento do transtorno obsessivo-compulsivo de crianças, adolescentes. A participação da família mostrou-se fundamental na capacitação dos participantes no que se refere ao domínio das tarefas de exposição e prevenção de respostas. Entretanto necessário se mostra considerar as limitações metodológicas referentes ao pequeno número de casos estudados, e a utilização de apenas um instrumento de avaliação. Apesar disto, o estudo abre caminho para novas pesquisas na área, de modo que a replicação da intervenção possa dar maior consistência aos resultados encontrados.

6.4 CONSTRUÇÃO DE RESILIÊNCIA E PREVENÇÃO DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES- PROGRAMAS AMIGOS.

Márcia Votre (Neuropsiquiatria Infanto da Santa Casa da Misericórdia -R.J)

Palavras-Chave: Resiliência. Prevenção. Crianças.

A prevalência de ansiedade em crianças, em muitas nações desenvolvidas, tem aumentado muito, independentemente das causas. Estima-se que entre 15 e 20% das crianças sentem ansiedade num grau que diminui sua qualidade de vida. Algumas crianças extremamente ansiosas preocupam-se constantemente com coisas sobre as quais ninguém pode ter controle, enchendo suas mentes com preocupações sobre riscos que podem correr ou acometer seus familiares. Felizmente já é possível oferecer ajuda a essas crianças, antes que suas preocupações se agravem, transformando-as em adolescentes deprimidos. Resultados de pesquisas desenvolvidas em vários países, a partir da aplicação dos programas AMIGOS de Desenvolvimento de Resiliência e Prevenção de Ansiedade e Depressão em Crianças e Adolescentes, comprovam que crianças que se tornam emocionalmente e socialmente habilidosas são mais bem sucedidas na escola e relacionam-se melhor com outras crianças, professores e pais; mostram-se mais competentes em lidar com o estresse e os trabalhos da escola, além de apresentarem menos problemas comportamentais em todos os ambientes.

Apresentação: Os programas AMIGOS, desenvolvidos pela renomada psicóloga clínica Dra. Paula Barrett, em suas várias faixas etárias, visam ajudar crianças, adolescentes e adultos a desenvolverem resiliência, confiança e auto-estima, através do uso de importantes técnicas e estratégias cognitivo-comportamentais para lidar com desafios da vida, tais como sentimentos de medo, ansiedade, preocupação e depressão. Desenvolvidos na Austrália e utilizados em escolas ao redor do mundo o *FRIENDS*, original no inglês, é o único programa de prevenção de ansiedade reconhecido pela Organização Mundial da Saúde, devido aos seus doze anos de prática e avaliação abrangente. Possibilita a aprendizagem de habilidades cognitivas, comportamentais e emocionais para lidar eficazmente com dificuldades diárias, criar resistência emocional, desenvolver capacidade de resolver problemas, incentivar a aprendizagem entre pares, construir redes de apoio e de modelos positivos. O presente trabalho apresenta um panorama geral da versão *Amigos Divertidos*, para crianças de quatro a sete anos de idade, objetivando a prevenção de ansiedade e depressão nessa faixa etária. A partir de um formato simples e bem estruturado, seu objetivo principal é promover resiliência e habilidades para o enfrentamento das dificuldades da vida, e são voltados para crianças, seus familiares e para comunidades escolares.

7. NOVAS ABORDAGENS EM TCC E PSIQUIATRIA.

Coordenador: Heitor Pontes Hirata (UFRJ)

7.1 TERAPIA METACOGNITIVA PARA O TRANSTORNO DE ANSIEDADE GENERALIZADA: UMA NOVA PROPOSTA DE INTERVENÇÃO COGNITIVO-COMPORTAMENTAL.

Heitor Pontes Hirata, Bernard Pimentel Rangé (UFRJ).

Palavras-Chave: Ansiedade Generalizada. Modelo Metacognitivo. Preocupação.

O transtorno de ansiedade generalizada (TAG) é um dos transtornos de ansiedade cujo tratamento é dos mais desafiadores na prática clínica. Sua sintomatologia inclui principalmente ansiedade relacionada à preocupação crônica, irritabilidade, dificuldade para dormir, tensão muscular, inquietação, fadiga e dificuldade de concentração. Cerca de 5% da população é afetada por este problema que geralmente vem acompanhado de depressão ou outro transtorno de ansiedade. No decorrer da história da terapia cognitivo-comportamental, alguns modelos de tratamento foram desenvolvidos para este problema. A diferença entre estas propostas está no entendimento do transtorno em si e no foco de suas intervenções. Os protocolos de terapia cognitivo-comportamental desenvolvidos para TAG até o momento dão ênfase a aspectos como o relaxamento aplicado, desenvolvimento de tolerância à incerteza, resolução de problemas, reestruturação de crenças centrais, regulação emocional e exposições. Pesquisas sugerem que muitas intervenções da TCC tradicional têm se mostrado modestas em relação ao tratamento do TAG, uma vez que embora reduzam a sintomatologia, não produzem efeitos duradouros. O modelo metacognitivo, desenvolvido por Adrian Wells a partir da década de 1990, parte do pressuposto de que a preocupação do tipo II, o monitoramento e foco de atenção constante em ameaças e as crenças sobre as preocupações conduzem o indivíduo a uma piora do quadro, uma vez que tais processos metacognitivos alimentam a síndrome cognitiva atencional (SCA), principal causa da manutenção do TAG e que está relacionada ao engajamento do indivíduo no processo cognitivo da preocupação. Além disso, a existência de crenças metacognitivas positivas e negativas sobre a preocupação é fator contribuinte para a origem e manutenção do transtorno. Assim sendo, diversas estratégias de terapia metacognitiva (TMC) são utilizadas como o aumento da flexibilidade atencional, o desafio às crenças de incontrolabilidade da preocupação, o *detached mindfulness* e outras. O presente trabalho é parte da pesquisa de mestrado sobre tratamento do TAG utilizando a terapia metacognitiva. Será contemplada tanto parte da revisão de literatura feita até o momento quanto alguns dados oriundos do estudo aprofundado da teoria da abordagem em questão. Apesar de os estudos em terapia metacognitiva estarem em sua fase inicial de desenvolvimento, há artigos que apontam para a eficácia deste método no tratamento do TAG. Alguns estudos comparando a TMC com outras intervenções cognitivo-comportamentais indicaram que a primeira promove mudanças imediatas e posteriores mais satisfatórias. Pesquisas sobre o modelo metacognitivo podem ser muito benéficas tanto para o entendimento quanto para o tratamento do transtorno de ansiedade generalizada.

7.2 REALIDADE VIRTUAL: UMA NOVA FERRAMENTA DE TRATAMENTO PARA OS TRANSTORNOS DE ANSIEDADE.

Flávia Paes (UFRJ/INCT-TM/Instituto Brasileiro de Medicina e Reabilitação), Sergio Machado (UFRJ/INCT-TM), Antonio Egídio Nardi (UFRJ/INCT-TM).

Palavras-Chave: Ansiedade. Realidade Virtual. Terapia Cognitivo-Comportamental.

A terapia de exposição com realidade virtual (RV) é uma ferramenta útil para o tratamento de diversos transtornos psiquiátricos, incluindo os de ansiedade. A maioria dos estudos relacionados aos transtornos de ansiedade tem focado em fobias específicas, em particular medos como: de voar, de altura, de dirigir, de lugares fechados e de aranhas. Além disso, várias pesquisas têm relatado o uso da terapia de exposição com RV para Fobia Social, Transtorno de Estresse Pós-Traumático e Transtorno de Pânico com e sem agorafobia. A RV é uma alternativa à exposição ao vivo, e uma ferramenta da terapia comportamental, que integra gráficos computadorizados, em tempo real, *displays* visuais e outros dispositivos sensoriais que imergem os pacientes no ambiente virtual gerado pelo computador. As principais técnicas usadas para imersão dos participantes ao ambiente virtual são: *head mounted display* (HMD), que consiste em uma espécie de capacete, que contém uma tela interna onde será exibido o estímulo ansiogênico e o *computer automatic virtual environment* (CAVE), que é um ambiente, onde o participante fica completamente submerso, com uma tela de exposição a sua frente, na qual será exibido o estímulo causador da fobia. Em ambientes virtuais os pacientes experimentam alterações fisiológicas, psíquicas e somáticas similares aos sintomas manifestados em situações da vida real, facilitando, assim, o processo de habituação. A RV trabalha com o conceito de presença, que consiste em sentir-se fisicamente presente como parte integrante do ambiente virtual. Dois fatores são importantes para a experiência de presença: envolvimento e imersão. Envolvimento é o estado psicológico experimentado como consequência do foco da atenção em um conjunto coerente de estímulos ou atividades e eventos significativamente relacionados. A imersão, por sua vez, refere-se ao estado psicológico caracterizado por perceber-se envolvido e interagindo com um ambiente que propicie contínuo fluxo de estímulos e experiências. A RV possui algumas vantagens: é um método seguro, já que o paciente pode ser exposto a situações de medo com alto grau de segurança; flexível porque as exposições podem ser facilmente adaptadas a hierarquia de medo individual; e possui baixo custo, pois o tratamento tem um menor tempo de duração. O presente trabalho pretende demonstrar que a terapia de exposição com RV é uma ferramenta eficaz ao tratamento dos transtornos de ansiedade e que pode contribuir para a extinção dos medos condicionados, diminuindo o sofrimento dos pacientes com tais transtornos. Embora alguns estudos venham demonstrando resultados significativos, ainda existe a necessidade de mais estudos para confirmar sua eficácia e efetividade para o tratamento dos transtornos de ansiedade.

O trabalho recebeu apoio financeiro do INCT-TM (CNPq).

7.3 É A ESTIMULAÇÃO MAGNÉTICA TRANSCRANIANA REPETITIVA (EMTr) UMA ESTRATÉGIA TERAPÊUTICA EFICAZ PARA O TRATAMENTO DE TRANSTORNOS DE ANSIEDADE?

Sergio Machado (UFRJ/INCT-TM), Flávia Paes (UFRJ/Instituto Brasileiro de Medicina e Reabilitação, Rio de Janeiro), Antonio Egídio Nardi (UFRJ/INCT-TM).

Palavras-Chave: Ansiedade. Estimulação Magnética Transcraniana Repetitiva. Terapia Cognitivo-Comportamental.

Dos transtornos psiquiátricos documentados no DSM-IV TR, os transtornos de ansiedade são os mais prevalentes, em torno de 20%. Estes transtornos podem ser muito incapacitantes e, embora existam métodos de tratamentos seguros e eficazes, como por exemplo, a farmacoterapia, e a terapia cognitivo-comportamental (TCC), altas taxas de pacientes refratários ao tratamento são relatadas, aproximadamente 25% dos indivíduos. Desta forma, novos métodos terapêuticos adicionais se fazem necessários. Uma possível ferramenta que atua modulando a atividade elétrica cerebral e que é potencialmente viável para o uso na prática clínica é a estimulação magnética transcraniana repetitiva, também conhecida como EMTr que se caracteriza por ser um procedimento não-invasivo baseado na lei de Faraday de indução eletromagnética. Esta descreve que uma atividade elétrica no tecido cerebral pode ser influenciada por um campo magnético, induzindo uma nova corrente elétrica que despolariza os neurônios. O tratamento com EMTr pode ser considerado um tratamento de neuromodulação cerebral, devido a seu foco ser direcionado aos circuitos neurais de cada transtorno. A EMTr possui um diferencial como estratégia de tratamento, uma vez que altera a neuroquímica dentro da sinapse, ou seja, promove alteração ou modulação da função do circuito neural no cérebro que se acredita ser desorganizado em alguns transtornos. Embora resultados positivos tenham sido frequentemente relatados nos estudos não-controlados e nos estudos clínico-randomizados, ainda não há evidências conclusivas da eficácia da EMTr para o tratamento de transtornos de ansiedade. Isto se dá em decorrência da não padronização de protocolos de aplicação da técnica. Assim sendo, vários parâmetros de tratamento têm sido utilizados, dificultando a interpretação dos resultados. Alguns exemplos de parâmetros não-padronizados que endossam tal dificuldade são: a área de aplicação no córtex, o tipo e a intensidade de estimulação, a duração da aplicação, e o tipo de placebo utilizado. A não padronização desses fatores torna difícil a distinção entre a resposta à EMTr e o tratamento com placebo em alguns estudos. Outro fator de suma importância que é considerado uma limitação dos métodos de EMTr, é que não é possível, por meio do procedimento, estimular diretamente áreas corticais mais profundas nem áreas subcorticais, que são relevantes para a patogênese dos transtornos de ansiedade, embora tais efeitos em áreas subcorticais sejam teoricamente alcançados de forma indireta via conexões trans-sinápticas. Dentro deste contexto, o presente trabalho pretende abordar e discutir os parâmetros de tratamento com EMTr para os transtornos de ansiedade, com o intuito de se criar hipóteses de tratamento e protocolos de aplicação com para a terapêutica destes transtornos.

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

7.4 TCC PARA CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM FOCO NA REGULAÇÃO EMOCIONAL.

Nívea Maria Machado de Melo, Bernard Pimentel Rangé (UFRJ).

Palavras-Chave: Terapia Cognitivo-Comportamental. Crianças. Regulação Emocional.

Segundo Gross e Barrett existem diversas perspectivas e modelos para compreender a emoção e a regulação emocional, incluindo: de emoções básicas, de avaliação, de construção psicológica, de construção social. Alguns modelos tratam as emoções como estados especiais e discretos (ex.: raiva, medo, alegria) e tendem a distinguir emoções de regulação emocional em termos de mecanismos. Modelos que vêem emoções como continuamente emergentes e construídas tratam a distinção como útil em termos descritivos e comunicativos, mas não em termos de mecanismos. Os que reduzem a emoção a suas partes são menos propensos a fazer distinções entre geração e regulação de emoções em primeiro lugar. Existem diversas diferenças e semelhanças entre estas perspectivas, porém as pesquisas sobre regulação emocional tem florescido sob as de avaliação e de emoções básicas. Está havendo uma “Revolução Emocional”, com avanços teóricos e empíricos sendo feitos nos últimos anos. Agora o desafio é integrar emoção e ciência clínica. Barlow, e antes dele Lang, traz uma definição de emoções compatível com a perspectiva de avaliação de Gross e não limita as emoções a categorias discretas de experiência, antes as define como “*fenômenos emergentes que resultam da interação entre cognições, afetos e comportamentos (ou tendências comportamentais)*”. Elas ajudam a organizar o comportamento a serviço dos objetivos pessoais, permitindo que os indivíduos “naveguem” em seu ambiente e atendam a demandas situacionais, que podem ser imediatas (ex.: sobrevivência), contínuas (ex.: bem estar) ou de longo prazo (ex.: reprodução, segurança). O presente trabalho é parte da pesquisa de mestrado sobre Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) para crianças e adolescentes com foco na regulação emocional. Será apresentada parte da revisão da literatura até o momento e se fará uma discussão sobre o tema. Existem atualmente diversos protocolos em Terapia Cognitivo-Comportamental para crianças e adolescentes com foco na regulação emocional, entre eles: o *Emotion-Focused Cognitive Behavioral Therapy* (ECBT), uma versão modificada do protocolo “Coping Cat”, o *Contextual Emotion Regulation Therapy* (CERT) e o *Unified Protocol for the Treatment of Emotional Disorders in Youth* (UP-Y). Trabalhos recentes mostram que os jovens tratados com TCC tiveram melhora significativa em seus sintomas de ansiedade, habilidade de lidar com situações ansiogênicas e regulação da preocupação, porém não foram capazes de generalizar estes ganhos para outros estados emocionais como depressão ou raiva. Pesquisas comparativas entre protocolos de TCC usuais e protocolos de TCC com foco na regulação emocional tem mostrado resultados animadores. A Terapia Cognitivo-Comportamental pode se beneficiar destes protocolos com foco nas emoções, pois estes são construídos sobre os pontos fortes da TCC, sem diluir seu valor.

Bolsista Capes Mestrado DS.

8. PROMOÇÃO DE RESILIÊNCIA BASEADA NA TCC E NA PSICOLOGIA POSITIVA: DO OLHAR SOBRE A PSICOPATOLOGIA AO ESTUDO DA PREVENÇÃO E PROMOÇÃO DO BEM-ESTAR.

Coordenadora: Tânia Macedo (UFRJ).

8.1 PSICOPATOLOGIA, FATORES DE RISCO E RESILIÊNCIA: MUDANÇA DE PARADIGMA

Tânia Macedo, Hérika Cristina da Silva, Alessandra Lopes, Máisa Furtado, Livia Wilhelm, Camila Monteiro, Eduardo Drummond, Bruna Novais, Ivan Figueira, Paula Ventura (UFRJ).

Palavras-Chave:

A percepção de que experiências negativas de vida e acontecimentos estressantes poderiam precipitar transtornos mentais esteve presente desde os primórdios da prática psiquiátrica. Tradicionalmente, os estudos empíricos deram ênfase, por muito tempo, na demonstração de que as experiências ruins levavam a desfechos negativos para a saúde mental. No final da década de 70, alguns estudos na área de psicopatologia do desenvolvimento começaram a evidenciar que, mesmo com exposição a graves estressores, parte das crianças não era afetada negativamente, demonstrando competência apesar da adversidade. A partir da observação da enorme variabilidade de resposta ao estresse exibida pelas pessoas, surge a hipótese de que fatores protetores pudessem impedir, amortecer ou atenuar o efeito do estresse, evitando o desenvolvimento de transtornos mentais. Uma compreensão dos mecanismos subjacentes a essa variação poderia ajudar a esclarecer os processos causais e, fazendo isso, teria implicações para estratégias de intervenção no que diz respeito tanto à prevenção quanto ao tratamento. O objetivo do presente trabalho é discutir as implicações dos fatores protetores do indivíduo e as estratégias de intervenção que envolvam prevenção. Foi realizada busca eletrônica nas seguintes bases bibliográficas: Pubmed, *PsychInfo* e *Web of Science*. Riscos ou adversidades são variáveis individuais, ambientais ou contextuais que aumentam a vulnerabilidade para resultados negativos ao desenvolvimento. Considerados inicialmente como eventos estáticos, os fatores de risco, tais como os biológicos, genéticos, ambientais, psicossociais, eventos de vida estressantes e exposição a maus-tratos vêm sendo cada vez mais reconhecidos como processo. Além da exposição ao risco, devem ser considerados os limites individuais. A interpretação que o indivíduo atribui à determinada situação e o modo como percebe o evento estressor são fundamentais para os efeitos negativos que ele poderá acarretar. A literatura tem descrito a resposta do indivíduo às situações de risco em termos de vulnerabilidade e resiliência. Vulnerabilidade refere-se à predisposição do indivíduo para desenvolver alguma forma de psicopatologia ou à suscetibilidade para resultados negativos no desenvolvimento, enquanto resiliência estaria relacionada à adaptação positiva diante de um contexto adverso. Tendo em vista a atenção desproporcional dada à patologia e à reparação do dano durante anos e após diversos estudos relatando a resiliência em contextos adversos, faz-se necessário focar nos aspectos sadios do desenvolvimento humano. Nesse sentido, estudar os fatores protetores do indivíduo, tais como as emoções positivas (otimismo e bom humor, por exemplo), a flexibilidade cognitiva, o estilo de enfrentamento ativo, o apoio social percebido, a competência social e o senso de propósito de vida são importantes para entender os mecanismos que protegem o indivíduo e pensar formas de promover o fortalecimento dos pontos fortes da personalidade. Assim, protocolos de resiliência estão sendo construídos e testados para contribuição no estudo da prevenção de psicopatologias e promoção de qualidade de vida e bem estar.

Apoio financeiro: FAPERJ e CNPQ.

8.2 O CONCEITO DE RESILIÊNCIA.

Hérika Cristina da Silva, Tânia Macedo, Alessandra Lopes, Maísa Furtado, Livia Wilhelm, Camila Monteiro, Eduardo Drummond, Bruna Novais, Ivan Figueira, Paula Ventura (UFRJ).

Palavras-Chave: Resiliência. Conceito. Revisão Bibliográfica.

O termo resiliência é hoje bastante utilizado pela psicologia e pela psiquiatria, porém sua origem está nas ciências físicas. Originalmente, resiliência era usada para descrever a capacidade de um material não se deformar ou quebrar ao sofrer uma pressão ou também a velocidade com que um sistema volta ao seu equilíbrio após sofrer deslocamento. Partindo desses significados provenientes da física, a psicologia e a psiquiatria passaram a se utilizar de tal termo, desde o final da década de 70, como metáfora de reação positiva a um estressor. No entanto, ainda não há consenso na literatura sobre o tema, havendo diversas definições para diferentes autores. O objetivo do presente trabalho é apresentar as principais definições aceitas na psicologia e psiquiatria para o termo resiliência atualmente. Para tanto, foi realizada pesquisa bibliográfica em bases de dados científicas: Pubmed, *Psychinfo* e *Web of Science*. A maior parte das definições refere-se à resiliência como capacidade de adaptação bem-sucedida diante de um distúrbio, estresse ou adversidade. Também se considera que a resiliência é melhor definida como habilidade ou processo do que como um desfecho, e como adaptabilidade do que como estabilidade. De acordo com Norris e colaboradores, a resiliência corresponde a um processo que liga um conjunto de capacidades adaptativas a uma trajetória positiva de funcionamento e adaptação após um distúrbio. Portanto, é um processo que liga recursos – capacidades adaptativas - a desfechos - adaptação. A resiliência é considerada, por muitos pesquisadores, como um conceito multifacetado e contextual que expressa um processo dinâmico envolvendo a interação entre processos sociais e intrapsíquicos de risco e de proteção. Consideram-se fatores de risco os obstáculos individuais ou ambientais que tenderiam a aumentar a vulnerabilidade do indivíduo para resultados negativos em seu desenvolvimento, e fatores de proteção, as influências que modificam e melhoram a resposta de um indivíduo quando este está exposto a algum perigo que predispõe a um resultado não adaptativo. Para Rutter, resiliência se trata de um processo interativo entre o indivíduo e seu meio, sendo uma variação individual no que se refere a repostas ao risco, de maneira que os mesmos fatores causadores de estresse podem ser vivenciados de diversos modos por diferentes pessoas. Ainda segundo Rutter, a resistência ao estresse é relativa e não absoluta, varia ao longo do tempo e de acordo com as circunstâncias, portanto, não é uma qualidade fixa. Segundo Masten, para que a resiliência seja identificada, é necessário que haja ameaça significativa ao indivíduo, ou exposição à adversidade severa, ou um trauma; e que, diante disso, a qualidade de adaptação ou do desenvolvimento seja boa. Indivíduos que nunca sofreram ameaça significativa não podem ser considerados resilientes. Portanto, entendendo que a resiliência é uma característica processual e que pode ser desenvolvida, o presente estudo sugere que o conhecimento deste conceito faz-se necessário para implicações não somente no tratamento, mas na prevenção de doenças.

Apoio financeiro: FAPERJ e CNPQ.

8.3 TÉCNICAS COGNITIVO-COMPORTAMENTAIS PARA PROMOÇÃO DA RESILIÊNCIA.

Lívia Wilhelm, Karla da Glória, Tânia Macedo, Alessandra Lopes, Hérica Cristina da Silva, Maisa Furtado, Camila Monteiro, Eduardo Drummond, Bruna Novais, Ivan Figueira, Paula Ventura (UFRJ).

Palavras-Chave: Terapia Cognitivo-Comportamental. Resiliência. Protocolo.

A terapia cognitivo-comportamental (TCC) baseia o seu tratamento na avaliação, identificação e reestruturação de pensamentos e crenças disfuncionais, focando também na resolução de problemas e no treinamento de estratégias de enfrentamento mais adaptativas. A resiliência está relacionada à adaptação positiva diante de um contexto adverso. O objetivo do presente trabalho é descrever as técnicas da TCC utilizadas em protocolos de promoção de resiliência. Foi realizada pesquisa bibliográfica sobre o tema nas bases de dados Pubmed, *PsychInfo* e *Web of Science*. Os protocolos envolvendo TCC e promoção de resiliência geralmente incluem a psicoeducação sobre o tema a ser trabalhado, bem como reestruturação cognitiva, resolução de problemas e estabelecimento de metas. Técnicas de manejo do estresse, como respiração diafragmática e relaxamento muscular progressivo, também são importantes no processo de promoção de resiliência. A habilidade de identificação de pensamentos disfuncionais, distorções cognitivas e crenças negativas com relação a si mesmo, aos outros e ao mundo são discutidas com os participantes dos protocolos. A reestruturação cognitiva, que é a avaliação e contestação dos pensamentos e crenças desadaptativas, faz com que o indivíduo passe a pensar de forma mais realista, sendo de fundamental importância para a promoção da resiliência. Isso acontece porque a interpretação dada ao evento estressor não se constitui um fator de risco por si só. A avaliação que a pessoa faz das experiências adversas também influencia o nível de resiliência e, conseqüentemente, o modo como a pessoa enfrenta os acontecimentos negativos ao longo da vida. O objetivo do emprego das técnicas de manejo de ansiedade é ensinar ao indivíduo habilidades que o ajudem a diminuir a tensão diária e a ter senso de controle diante dos estímulos negativos cotidianos, como estresse e pressão no trabalho. A respiração controlada é um método de relaxamento que parte do princípio de que, quando ansiosas, as pessoas respiram superficialmente, o que se correlaciona com desequilíbrio entre os gases no organismo. As conseqüências são ansiedade, tonteira, boca seca, taquicardia, sudorese, entre outros. A respiração controlada restabelece o equilíbrio e reduz esses sintomas. O relaxamento muscular é uma técnica que promove relaxamento profundo, eficaz para pessoas cuja ansiedade é fortemente associada à tensão muscular. A técnica de resolução de problemas tem a finalidade de incentivar o indivíduo a pensar sobre seus problemas de maneira objetiva e abrangente, promovendo o reconhecimento dos recursos que possui para enfrentar as suas dificuldades. Isso aumenta o senso de controle e a possibilidade de lidar melhor com problemas futuros, além de fortalecer o senso de auto-eficácia e competência pessoal. O presente estudo sugere que técnicas já usadas correntemente na TCC são estratégias eficazes também na promoção de resiliência.

Apoio financeiro: FAPERJ e CNPQ.

8.4 PSICOLOGIA POSITIVA E PROMOÇÃO DE RESILIÊNCIA: NEGLIGÊNCIA NO ESTUDO DAS EMOÇÕES POSITIVAS E ESTRATÉGIAS FUTURAS.

Máisa Furtado, Tânia Macedo, Hérika Cristina da Silva, Livia Wilhelm, Camila Monteiro, Alessandra Lopes, Eduardo Drummond, Bruna Novais, Ivan Figueira, Paula Ventura (UFRJ)

Palavras-Chave: Protocolo. Resiliência. Psicologia Positiva.

A Psicologia Positiva, que teve início com Martin Seligman, é um movimento recente dentro da psicologia que veio ganhando força principalmente na última década. Esta se destaca pela mudança de perspectiva em relação aos outros campos de saber psicológico que focam em aspectos mais negativos, principalmente a psicopatologia, dando destaque para o estudo das emoções positivas. O movimento da psicologia positiva defende uma visão mais ampla da experiência humana, que inclui a compreensão das forças individuais, dos talentos e das virtudes, encorajando a aplicação do método científico para a compreensão de toda a complexidade do comportamento humano, incluindo a adaptação positiva e o crescimento individual. O estudo nessa área sugere o investimento em intervenções com esse enfoque, portanto, o conceito de resiliência é de vital importância, assim como a construção de protocolos que sejam capazes de desenvolver tal característica, potencializando os aspectos positivos da personalidade. Contudo, historicamente tais aspectos positivos têm recebido pouca atenção devido a difícil mensuração e, por vezes, até definição. Nos estudos controlados randomizados que avaliam a eficácia de programas de resiliência, por exemplo, até o momento, nenhum utiliza uma escala específica de resiliência. Além disso, poucos estudiosos acreditavam na ideia de que emoções como a alegria e o contentamento iam além dos valores hedonistas, podendo ter alguma importância evolutiva. As potencialidades do afeto positivo ficaram mais evidentes apenas com as pesquisas realizadas nos últimos anos, à medida que foram traçadas distinções com o negativo. O objetivo do presente estudo é descrever os aspectos considerados importantes pela Psicologia Positiva na promoção do bem-estar e da saúde, sendo possíveis focos de intervenção em protocolos de resiliência. Realizou-se pesquisa bibliográfica nas bases de dados Pubmed, *Psychinfo* e *Web of Science*. Na maioria dos programas de resiliência encontrados, são utilizadas técnicas que têm por finalidade promover o fortalecimento dos pontos fortes individuais e das relações, como a explicação dos benefícios do apoio social para o bem-estar e formas de aumentá-lo. O otimismo, o bom humor, a gratidão e o senso de significado de vida também são pontos abordados nos protocolos, já que são bem conhecidos como fatores de proteção de psicopatologias. Além dos fatores acima, o incentivo à prática da atividade física e da boa alimentação também estão presentes. A atividade física é considerada um fator de proteção que, aliado à alimentação saudável, promove a saúde do corpo e o bom funcionamento do organismo, influenciando na prevenção de doenças físicas e psicológicas. O que a literatura expõe, na maioria dos estudos, é a importância de cultivar as emoções positivas, mas pesquisas futuras devem focar em como fazer isso, a fim de que o conhecimento na área cresça e produza os efeitos que almeja na promoção do bem-estar psicológico de forma mais fundamentada. Frente ao exposto, o presente trabalho sugere que os fatores estudados pela psicologia positiva combinados às técnicas cognitivo-comportamentais são boas ferramentas para a promoção de resiliência e que estudos controlados randomizados na área necessitam ser realizados.

Apoio financeiro: FAPERJ e CNPQ.

9. INTERVENÇÕES EM TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL.

Coordenadora: Veruska Santos (CPAF-RJ e UCAM/AVM).

9.1 AVALIAÇÃO DA EFICÁCIA DA TCC NA CLÍNICA SOCIAL: UM ESTUDO PRELIMINAR

Vanessa Karam de Lima Ferreira, Mônica Portella (Centro de Psicologia Aplicada e Formação – CPAF-RJ).

Palavras-Chave: Terapia Cognitivo-Comportamental. Inventário Beck de Depressão. Inventário IDATE de Ansiedade Traço-Estado.

A Clínica Social do Centro de Psicologia Aplicada e Formação (CPAF-RJ) é uma iniciativa que visa prestar atendimento social com valores acessíveis e, ao mesmo tempo, complementa a formação psicoterápica dos alunos do curso de formação em Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) do CPAF-RJ, através do estágio supervisionado. Desse modo, a TCC tem sido oferecida para essa público com duração de quatro meses ao fim da parte teórica do curso de Formação e sob supervisão da equipe de professores do CPAF-RJ. O objetivo deste trabalho é avaliar de forma preliminar a eficácia na redução de sintomas ansiosos e depressivos após a intervenção em 16 sessões de Terapia Cognitivo-Comportamental, realizados pelos alunos do curso de formação em TCC do CPAF-RJ. A ansiedade é um estado emocional com componentes psicológicos e fisiológicos, que faz parte do espectro normal das experiências humanas. Ela é o principal motivo de consultas aos psicólogos e psiquiatras. Pode ser considerada patológica quando é desproporcional à situação que desencadeia. O inventário IDATE de ansiedade traço-estado mede aspectos específicos de ansiedade em diversas situações. A depressão é uma síndrome psiquiátrica altamente prevalente na população em geral. Os sintomas presentes na depressão avaliados pelo Beck Depression Inventory são: tristeza, pessimismo, sensação de fracasso, falta de satisfação, sensação de culpa, sensação de punição, autodepreciação, idéias suicidas, entre outras. Nesta pesquisa, foram aplicados dois instrumentos pré e pós intervenção: Beck Depression Inventory (BDI) e Inventário IDATE de Ansiedade Traço-Estado. O BDI é uma escala de auto-avaliação que tem como objetivo avaliar a intensidade de sintomas depressivos apresentados pelo cliente. O IDATE é um inventário que visa avaliar os sintomas ansiosos persistentes (ansiedade traço) e sintomas ansiosos presentes no momento (ansiedade estado). A amostra foi composta de 10 casos da clínica social do CPAF-RJ, com queixas diversas. Todos os participantes aceitaram se submeter a pesquisa e assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido. Na avaliação anterior à intervenção, o BDI apontou para sintomas depressivos de grau moderado em 50%, de grau leve em 40% e grau mínimo em 10% dos clientes. Na avaliação posterior à intervenção, o BDI apontou para sintomas depressivos de grau moderado em 10%, de grau leve em 30% e grau mínimo em 60% dos clientes. Na avaliação do IDATE, a ansiedade traço antes da intervenção era alta em 67% e média em 33% dos clientes. Após a intervenção a ansiedade traço apresentava-se a alta em 50% da população e média em 50% da população. Avaliando a ansiedade estado antes da intervenção psicoterápica, esta se apresentou alta em 56% e média em 44% dos clientes. Após a intervenção, 50% dos clientes apresentava ansiedade estado alta, 30% média e 10% baixa. Esses resultados preliminares apontam que na maioria dos casos a intervenção em dezesseis sessões de terapia cognitivo-comportamental tem sido eficaz na redução de sintomas depressivos. Essa pesquisa está em andamento para obtenção de uma amostra maior e realização de análises estatísticas que possibilitarão resultados mais conclusivos em relação aos sintomas de ansiedade e depressão.

9.2 THS COM CRIANÇAS EM CONSULTÓRIO.

Veruska Andréa dos Santos, Mônica Portella (CPAF-RJ).

Palavras-Chave: Treinamento em Habilidades Sociais. Crianças. Relacionamento Social.

O Treinamento em Habilidades Sociais é um trabalho de aplicação de técnicas cognitivas e comportamentais para se desenvolver habilidades sociais. A aplicabilidade do THS envolve todas as dificuldades de relacionamento social sendo, portanto ferramenta importante para auxiliar crianças em processo terapêutico. No universo infantil os problemas de relacionamento são uma realidade difícil de transpor sem ajuda terapêutica. Por isso, o THS para crianças é uma proposta bastante interessante e que apresenta inúmeras vantagens ao tratamento individual em consultório. Como vantagens podemos citar a possibilidade de generalização e discriminação mais rápidas pelo fato de estarem em grupo, a maior quantidade de feedbacks positivos e negativos que recebem dos participantes, a maior experiência com situações-problema, a presença de diversos modelos comportamentais e a maior possibilidade de modelação aliado ao fato do grupo fornecer ao cliente uma situação social segura. O trabalho em grupo possibilita usar efetivamente os contextos interpessoais aplicando registros de pensamentos, reestruturação cognitiva e aprendizagem experimental. E mais, o ambiente do grupo propicia testar, modificar ou solucionar problemas relativos a crenças disfuncionais e permite o processamento e a modificação terapêutica imediata das situações-problema. Nesse contexto, um programa de treinamento em habilidades sociais deve ter como objetivos desenvolver comportamentos sociais desejáveis e facilitar a expressão dos pensamentos, sentimentos e emoções. Será utilizada como base para treinamento a classificação das habilidades sociais (HS) do CPAF-RJ que envolve as seguintes HS: Auto Apresentação Positiva, Assertividade, Comunicação Verbal, Sensibilidade Perceptiva, Empatia e Capacidade Reforçadora. O THS deverá seguir as seguintes etapas: 1) Psicoeducação sobre o THS, sobre pensamentos, sentimentos e emoções e sobre os registros que serão feitos no decorrer do processo; 2) Avaliação das necessidades individuais; 3) Trabalhar os erros cognitivos recorrentes fazendo com que os participantes os identifiquem em si mesmos e nos integrantes do grupo; 4) Fazer reestruturação cognitiva através de jogos, brincadeiras e histórias; 5) Implementar vivências e role-play com situações-problema para trabalhar técnicas de resolução de problemas e as HS envolvidas; 6) Desenvolver tarefas entre sessões para que as HS sejam praticadas; 7) Feedback das tarefas e das vivências com avaliação; 8) Confecção de Cartão de Conquistas para motivá-los a continuarem o treinamento para que haja aquisição da habilidade. É igualmente importante que se trabalhe manejando a ansiedade através de respirações e relaxamentos. Esperamos que o treinamento proporcione aquisição de novas habilidades sociais e o aprimoramento de habilidades deficitárias e que produza um novo padrão de funcionamento cognitivo, comportamental e social para que os participantes se desenvolvam mais saudavelmente.

9.3 A INTEGRAÇÃO DA TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL E INTERVENÇÕES FAMILIARES NO TRATAMENTO DO TRANSTORNO DE ANSIEDADE GENERALIZADA EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES.

Priscila B. Boechat Zanelli, Hebe Goldfeld, Mônica Portella (CPAF-RJ).

Palavras-Chave: Transtorno de Ansiedade Generalizada. Terapia Cognitivo-Comportamental. Intervenções Familiares.

O Transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG) é um dos transtornos de ansiedade mais frequentes na população infantil e adolescente. Nessa população, são comuns as preocupações excessivas e persistentes acerca do desempenho escolar, da iminência de um evento catastrófico, de um possível infortúnio familiar, de problemas com saúde e amizades. Além disso, sintomas como agitação, fadiga, dificuldade de concentração, irritabilidade, tensão muscular e distúrbio do sono são desencadeados devido à intensidade das preocupações e, portanto, tornam-se critérios diagnósticos do transtorno na população referida. Ainda em relação às características do TAG em crianças e adolescentes, pode-se ressaltar a influência da família no desenvolvimento de um modelo de ansiedade baseado no seu estilo cognitivo e comportamental, ou seja, de processos de interação familiar que geram insegurança, medo e provocam aumento do comportamento de evitação. Levando-se em consideração essas informações e as evidências que estudos recentes trazem acerca da efetividade da junção da terapia cognitivo-comportamental com intervenções familiares para o tratamento do TAG em crianças e adolescentes, o presente trabalho tem por objetivo apresentar estratégias para uma intervenção baseada nesse modelo. As estratégias são utilizadas nas seguintes etapas: (1) psicoeducação, através das qual são apresentadas à criança/adolescente e aos pais, informações sobre o transtorno, o modelo cognitivo e sobre a terapia cognitivo-comportamental; (2) identificação das cognições disfuncionais, através da utilização de jogos, histórias e brinquedos com crianças menores e técnicas de registro para crianças maiores e adolescentes; (3) reestruturação cognitiva, assim como na etapa anterior, também são utilizadas estratégias lúdicas com crianças menores e técnicas de registro com crianças maiores e adolescentes, porém com a finalidade de se buscar evidências que refutem os pensamentos envolvidos no desenvolvimento e manutenção do transtorno e gerar pensamentos realistas e saudáveis; (4) manejo dos sintomas fisiológicos da ansiedade através de treino de relaxamento por respiração, imagens mentais e distração, adequando-os conforme as limitações das faixas etárias; (5) enfrentamento de situações evitadas, com o uso de cartões e economia de fichas; (6) contrato com os pais de que estes retirarão a atenção das queixas excessivas e dos comportamentos ansiosos do filho, para não reforçá-los; (7) ensino aos pais de como identificar suas sensações de ansiedade e tomar atitudes adequadas que sirvam de exemplo para a criança/adolescente; (8) treinamento de habilidades para os pais que possam manter os benefícios do tratamento após seu término. Os resultados esperados da intervenção descrita são a remissão dos sintomas de ansiedade e prejuízos causados pelo transtorno, assim como a promoção de interações familiares funcionais que proporcionem segurança emocional e estimulem comportamentos adaptativos na criança/adolescente. Conclui-se que intervenções fundamentadas na teoria cognitivo-comportamental possibilitam a perspectiva de resultados positivos, demonstrando, assim, sua eficácia.

9.4 TRANSTORNO DE PÂNICO: UMA PROPOSTA DE INTERVENÇÃO DENTRO DE UM HOSPITAL PSIQUIÁTRICO NA INSTITUIÇÃO MARINHA DO BRASIL.

Aline Costa Daronco, Hebe Goldfeld, Mônica Portella (CPAF-RJ).

Palavras-Chave: Transtorno de Pânico; Terapia Cognitivo-Comportamental; Marinha do Brasil.

O Transtorno de Pânico (TP) caracteriza-se pela presença de ataques súbitos de ansiedade, acompanhados de sintomas físicos e afetivos, do medo de ter um novo ataque e da evitação de locais ou situações nos quais já ocorreram os ataques de pânico. Estes derivam de interpretações catastróficas equivocadas de certas manifestações corporais. A interpretação de perigo iminente dispararia ou intensificaria as sensações corporais, confirmando, assim, o perigo e gerando ansiedade em uma espiral crescente e rápida. Segundo a literatura os progressos nos enfoques de tratamento cognitivo-comportamental foram impulsionados em grande medida pelos avanços na conceitualização do TP. Estes avanços são especialmente importantes, considerando a frequência do TP, ou seja, de 2 a 6% da população geral, e a gravidade das repercussões sociais e pessoais. O presente trabalho tem por objetivo delinear uma proposta de tratamento para o TP dentro de um hospital psiquiátrico na Instituição Marinha do Brasil. De acordo com a experiência clínica nesta instituição, percebemos um crescente número de casos diagnosticados como TP, sendo assim, surge o interesse por estudar mais acerca do transtorno, bem como sistematizar o atendimento. Neste trabalho apresentaremos um panorama das intervenções cognitivo-comportamentais para o TP e de sua eficácia. O tratamento acontece da seguinte forma: os clientes chegam ao hospital por conta própria, trazidos por familiares, encaminhados de outros hospitais ou da sua organização militar (OM). São atendidos, primeiramente pelo médico plantonista no serviço de plantão (SPA), avaliados, medicados ou não e encaminhados ao ambulatório de psiquiatria e psicologia, conforme a demanda. Com o encaminhamento ao Serviço de Psicologia o cliente deverá realizar uma triagem, que não é agendada, o cliente deve comparecer nos dias e horários pré-estabelecidos, sendo atendido por ordem de chegada. A triagem é realizada individualmente e avalia o motivo pelo qual ele foi encaminhado ou procurou o serviço. Sendo avaliado que o cliente possui demanda específica para atendimento, é agendado um horário fixo na semana e se dá o início do processo psicoterapêutico. A terapia tem uma previsão de seis meses, ou seja, 24 sessões, tendo em vista que a terapia cognitivo-comportamental (TCC) é breve, estruturada, com objetivos claros a serem atingidos. O modelo cognitivo-comportamental tem como foco principal o papel do medo dos sintomas físicos associados à ansiedade, das cognições catastróficas e da conduta evitativa na gênese e manutenção do TP. A TCC para TP inclui a psicoeducação, técnicas de enfrentamento da ansiedade, reestruturação cognitiva, exposição interoceptiva e exposição ao vivo. Podemos perceber através dos resultados obtidos a eficácia da TCC para o TP que reforça os ganhos com a terapia que se mantem ao longo do tempo devido ao aprendizado e à aquisição de ferramentas para lidar com as situações ansiogênicas. Também são abordadas as possibilidades de recaídas e orientação acerca das atitudes diante de novos ataques.

10. INTERVENÇÃO COGNITIVO-COMPORTAMENTAL NA MAIOR CATÁSTROFE NATURAL DO PAÍS.

Coordenadora: Tânia Fagundes Macedo.

10.1 CATÁSTROFES NATURAIS: IATROGENIA E INTERVENÇÕES EFICAZES BASEADAS NA TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL.

Tânia Macedo (UFRJ), Alessandra Lopes (UFRJ), Andréa Goldani (Universidade Estácio de Sá, Nova Friburgo, Rio de Janeiro), Anna Carolina Estefan (Universidade Estácio de Sá, Nova Friburgo, Rio de Janeiro), Paula Ventura (UFRJ).

Palavras-Chave: Catástrofes Naturais; Iatrogenia; Terapia Cognitivo-Comportamental.

O transtorno do estresse pós-traumático (TEPT) é o mais freqüente transtorno psiquiátrico após eventos traumáticos como acidentes de carro, assalto, estupro ou desastres naturais, como a ocorrido em Nova Friburgo – RJ em 2011. A prevenção do TEPT recebe atenção quando acontecem eventos desse porte. Entretanto, há poucos estudos controlados envolvendo intervenções psicoterápicas ou farmacológicas na prevenção secundária do TEPT. Já que não possuímos dados científicos suficientes para ações imediatas após tragédias, precisamos ter cuidado adicional com as iatrogenias. Diante do quadro extremamente difícil acarretado por um evento dessa magnitude, corremos o risco de provocar dano ao paciente na tentativa de tentar amenizar as consequências negativas ou previni-las. Nesse sentido, intervenções que, a princípio, parecem “óbvias”, podem ser iatrogênicas. Dentre os procedimentos que devemos evitar ou ter cuidado após eventos traumáticos, destacam-se o furor terapêutico, o benzodiazepínico (BZD) como intervenção farmacológica central na prevenção do TEPT e o *debriefing* como tratamento para prevenção do TEPT. É importante evitar “patologizar” as reações de estresse que se seguem aos desastres, já que a maioria das pessoas, após eventos traumáticos, apresenta sintomas como insônia, pesadelos e irritabilidade, que regredem espontaneamente com o passar das semanas. Mesmo sintomas mais característicos do TEPT, como memórias intrusivas e flashbacks, costumam remitir sem tratamento. O impacto causado pelo uso prolongado dos BZDs como única intervenção no manejo dos sintomas de estresse agudo após eventos estressantes ainda não está bem estudado. Assim, ainda não há dados adequados para avaliar a eficácia “profilática” dessa estratégia em termos de prevenção do desenvolvimento de transtornos relacionados ao estresse. Há dois estudos controlados utilizando BZDs como estratégia única na prevenção secundária do TEPT sugerindo que essa estratégia, além de ineficaz, pode ser iatrogênica. Estudos controlados mostram não só ausência de evidências da eficácia do *debriefing*, assim como esta técnica pode ter efeitos negativos paradoxais para um subgrupo de participantes. Esses três exemplos ilustram que tanto técnicas psicoterápicas quanto farmacoterápicas podem ter um potencial iatrogênico. Há evidências recentes na literatura da eficácia da terapia cognitivo-comportamental na prevenção secundária do TEPT bem como é fundamentado que esta é o tratamento de primeira escolha para o referido transtorno. Baseado nessas considerações, o grupo de pesquisa do Laboratório Integrado de Pesquisa em Estresse (IPUB – UFRJ), diante da tragédia ocorrida em nosso estado, pensou em estratégias para intervenção na região que levassem em conta o cuidado com a iatrogenia. Pensamos também na instrução e treinamento dos profissionais da área atingida. Assim, realizamos um curso de treinamento no protocolo de atendimento às vítimas de TEPT com Terapia Cognitivo-comportamental. O protocolo envolve as seguintes técnicas: psicoeducação, reestruturação cognitiva e exposição imaginária e *in vivo*. Pacientes diagnosticados com TEPT estão sendo atendidos com supervisão do grupo. O presente trabalho sugere, a importância de pensarmos estratégias eficazes e

tomarmos cuidado com a prevenção de danos causados por tratamentos que, a princípio, parecem trazer grandes benefícios.

Apoio Financeiro: PIBEX

10.2 CATÁSTROFE NATURAL NA REGIÃO SERRANA: CONSEQUÊNCIAS EMOCIONAIS E ATENDIMENTO COGNITIVO-COMPORTAMENTAL.

Andréa Goldani (Universidade Estácio de Sá, Nova Friburgo, Rio de Janeiro), Tânia Macedo (UFRJ), Anna Carolina Estefan (Universidade Estácio de Sá, Nova Friburgo, Rio de Janeiro), Alessandra Lopes (UFRJ), Paula Ventura (UFRJ).

Palavras-Chave: Catástrofes Naturais. Transtorno de Estresse Pós-Traumático. Terapia Cognitivo-Comportamental.

As catástrofes naturais, cada vez mais comuns, causam não apenas destruições físicas e ambientais, mas também efeitos emocionais e sociais naqueles que são direta ou indiretamente afetados pelas mesmas. As chuvas do mês de janeiro deste ano na região serrana do Rio de Janeiro trouxeram consigo consequências graves de ordem emocional. Foram inúmeras famílias desfeitas, com perdas de casas, objetos pessoais e de entes queridos. Os números oficiais referem-se a, aproximadamente, 900 mortos. A catástrofe na região serrana foi considerada como a 10ª pior do mundo. Vale ressaltar que, até o momento, pouco ou quase nada foi feito em termos de recuperação do ambiente e, conseqüentemente, da dignidade das pessoas, considerando que muitos ainda se encontram em abrigos, vivendo de doações. O Transtorno do Estresse Pós-traumático (TEPT), que faz parte dos transtornos ansiosos, parece ser o mais freqüente nestes casos. Atualmente, vem sendo observado em uma ampla faixa de grupos com traumas, incluindo as vítimas de estupro, de abuso sexual infantil, abuso físico, vítimas de delitos e os que sofreram desastres naturais ou provocados pelo ser humano. O Serviço de Psicologia Aplicada da Universidade Estácio de Sá – Nova Friburgo, diante de tamanha tragédia, passou a oferecer atendimento psicológico gratuito à população. A clínica em questão possui diferentes equipes de estágio. O objetivo do presente estudo é descrever o trabalho realizado pela equipe de abordagem cognitivo-comportamental sob supervisão da Profª. Andréa Goldani após a catástrofe ocorrida em janeiro. De fevereiro até julho do corrente ano, foram atendidos 113 pessoas, 78 mulheres e 35 homens com idade variando entre 5 e 60 anos. As 21 vítimas atendidas com terapia cognitivo-comportamental (TCC) apresentavam as seguintes características: idades variando entre 5 e 60 anos; 12 abandonaram o tratamento, 3 faltaram no primeiro atendimento e foram desligados automaticamente, 6 permanecem em atendimento, sendo que dois estão em processo de alta. Primeiramente, o atendimento às vítimas seguiu o padrão tradicional para tratamento do TEPT, com a utilização de técnicas de relaxamento, exposição imaginária, exposição *in vivo* e reestruturação cognitiva. Pôde-se observar que as pessoas, de forma geral, demonstraram pressa em reassumir suas vidas e por isso não permaneceram por muito tempo em atendimento. Ao aliviar o sofrimento maior, voltam aos seus cotidianos a fim de tentar restabelecer suas rotinas. Após o início dos atendimentos, a equipe em questão foi beneficiada pelo treinamento no protocolo de atendimento ao TEPT baseado no protocolo da Dra. Edna Foa, promovido pela UFRJ, através da Profª Paula Ventura e equipe. Atualmente, estamos fazendo a divulgação deste trabalho, que tem o objetivo de atender os pacientes avaliados com TEPT em parceria com a UFRJ.

10.3 TREINAMENTO DE TERAPEUTAS COGNITIVO-COMPORTAMENTAIS NO ATENDIMENTO A VÍTIMAS DE CATÁSTROFES NATURAIS COM TEPT.

Alessandra Pereira Lopes, Tânia Fagundes Macedo, Ana Lúcia Pedrozo, Raquel Menezes Gonçalves, Helga Rodrigues, Eduardo Drummond, Hérica Cristina da Silva, Maísa Furtado, Livia Wilhelm, Camila Monteiro Fabrício Gama, Priscila do Nascimento Marques, Karla Glória, Maria Pia Coimbra, Ivan Figueira, Paula Rui Ventura (IPUB – UFRJ).

Palavras-Chave: TEPT. Treinamento. Catástrofes Naturais.

A tragédia na Região Serrana que ocorreu em janeiro de 2011 causou estragos em vários municípios e é considerada um dos maiores desastres naturais do país. Além de prejuízos materiais nas cidades atingidas, são muitos os relatos de perdas de parentes, casas e isolamento de regiões. Tendo em vista o trauma pelo qual a população passou e o grande risco de desenvolvimento do Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT), o Laboratório Integrado de Pesquisa do Estresse (LINPES-IPUB-UFRJ), com a proposta de extensão unindo conhecimento científico e comunidade, ofereceu um treinamento para psicólogos e estudantes de psicologia da região atingida. O objetivo do presente trabalho é descrever o treinamento oferecido aos psicólogos e estudantes de psicologia com experiência em atendimento em Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC), e a avaliação do treinamento feita por eles. O protocolo de tratamento do TEPT já utilizado pela equipe de psicologia do referido grupo foi ensinado aos psicólogos da região para atendimento das vítimas da catástrofe natural que desenvolveram o transtorno. O treinamento foi oferecido no formato de aulas/palestras em dois dias, sendo as aulas divididas entre teoria e prática. Os participantes receberam textos sobre diagnóstico, medicação, TCC para TEPT e catástrofes naturais em formato eletrônico. Inscreveram-se no curso 40 pessoas, mas apenas 22 completaram o treinamento. A estes 22 participantes foi solicitado o preenchimento de um termo de compromisso, em que deveriam se comprometer a atender ao menos um paciente da região com TEPT gratuitamente; além de uma avaliação do treinamento, em que apenas 21 pessoas preencheram. Destes, 10 eram profissionais e 11 estudantes. A partir desta avaliação, pode-se perceber que a maioria dos participantes não se sentia preparado para o atendimento de pacientes com TEPT, sentindo-se mais preparados após o curso. Vinte participantes acharam o material utilizado adequado. Apontaram também que a didática empregada (divisão das aulas em teóricas e práticas) foi adequada e auxiliou no aprendizado. Dentre as vantagens, todos apontaram que o treinamento auxiliou na identificação da sintomatologia do transtorno e o indicariam a outros profissionais da área. Dentre as desvantagens foi relatado pela maioria o pouco tempo disponível para treinamento, em que segundo os participantes, ficaram faltando maiores detalhes. Sendo assim, o treinamento foi avaliado de maneira geral como bom e excelente. Entretanto, em possíveis replicações do formato do treinamento, é necessário maior tempo para a aprendizagem, fornecendo maiores detalhes, exemplos práticos e material de apoio mesmo se tratando de atendimento protocolado e direcionado a terapeutas experientes.

Bolsa ou apoio financeiro: FAPERJ e PIBEX.

10.4 TRATAMENTO COGNITIVO-COMPORTAMENTAL DO TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO SUBCLÍNICO APÓS CATÁSTROFE NATURAL: UM RELATO DE CASO.

Anna Carolina Estefan (Universidade Estácio de Sá, Nova Friburgo, Rio de Janeiro), Andréa Goldani (Universidade Estácio de Sá, Nova Friburgo, Rio de Janeiro), Tânia Macedo (UFRJ), Alessandra Lopes (UFRJ), Paula Ventura (UFRJ).

Palavras-Chave: TEPT. TCC. Relato de Caso.

Após passar por trauma emocional de grande magnitude, como a catástrofe que ocorreu na região serrana do Rio de Janeiro no início de 2011, o indivíduo pode desenvolver diversos transtornos psicológicos, entre eles o Transtorno de Estresse Pós-traumático (TEPT). O objetivo do presente trabalho é relatar o caso de um paciente tratado com Terapia Cognitivo-comportamental (TCC) que desenvolveu TEPT subclínico após passar por uma situação traumática relacionada à catástrofe natural ocorrida em Nova Friburgo em janeiro deste ano. L. é um homem de 50 anos, casado, que foi encaminhado ao Serviço de Psicologia Aplicada (SPA) da Universidade Estácio de Sá em Nova Friburgo, para atendimento de urgência. O encaminhamento, feito pelo departamento médico da empresa, onde trabalha como motorista, explicitava que L. apresentou um quadro depressivo em 2009 e que teria suas atividades suspensas por apresentar labilidade emocional atual. Na tragédia ocorrida na madrugada do dia 12 de janeiro de 2011, L. foi acordado por um vizinho que pediu para que ele e sua família (esposa e filha) saíssem de casa. Com água até o joelho, foram para uma mercearia onde passaram o resto da noite. Por volta das 5h da manhã, estavam voltando para casa quando L. parou para observar a casa do irmão, que é seu vizinho. Nesse exato momento, uma barreira destruiu sua casa. Conta que não ouviu barulho, nem viu a barreira descer. Somente se virou e sua casa “não existia mais”. Após dez dias, voltou a trabalhar. Começou a sentir uma dor muito forte no braço, a ponto deste ficar enrijecido e ele ter que usar o outro braço para movê-lo. Sentia também dores de cabeça e os dentes “trincarem”. Após avaliação do caso, percebeu-se que L. preenchia parcialmente os critérios para TEPT, sendo considerado subclínico. Os seguintes critérios eram contemplados: vivenciar uma situação traumática, reagindo com intenso medo, impotência e horror; esquiva de situações relacionadas ao trauma e entorpecimento emocional; hiperestimulação autonômica; e revivência do trauma - que ocorreu apenas uma vez através de um sonho vívido. L. conta que, desde a tragédia, ainda não chorou, pois não consegue. O atendimento, com orientação cognitivo-comportamental, foi composto por 14 sessões semanais. Durante as sessões, foram utilizadas as seguintes técnicas: psicoeducação, registro de pensamentos automáticos disfuncionais, ABC de Ellis, registro de humor, respiração diafragmática e relaxamento. Os pensamentos disfuncionais de L. estavam sempre relacionados ao fato de que algo ruim pudesse acontecer, por exemplo: “Meu irmão pode sofrer um acidente de carro”, “E se eu não voltar para casa? Minha mulher está me esperando”, “Está chovendo, tudo pode descer”, “Vou me atrasar para sessão”, “O carro pode quebrar”, entre outros. As crenças mais comuns eram “Sou vulnerável” e “O mundo é perigoso”. Ao final do tratamento, L. parou de sentir as dores de cabeça e no braço, voltou a trabalhar e consegue conversar sobre o ocorrido de maneira natural, além de ter começado a traçar metas para o futuro como a construção de uma nova casa e um salão de beleza para sua esposa.

11. COMO A REALIDADE VIRTUAL PODE SER ÚTIL NA PESQUISA E TRATAMENTO COM TÉCNICAS COGNITIVO-COMPORTAMENTAIS?

Coordenadora: Raquel Gonçalves

11.1 Terapia de exposição com Realidade Virtual no tratamento do Transtorno de Estresse Pós-traumático.

Raquel Gonçalves, Ana Lúcia Pedrozo, Evandro Coutinho, Ivan Figueira, Paula Ventura (UFRJ).

Palavras-Chave: Transtorno de Estresse Pós-traumático. Exposição Imaginária. Realidade Virtual.

O uso de novas tecnologias, como a realidade virtual, tem sido empregado no tratamento de diversos transtornos de ansiedade com o objetivo de potencializar o tratamento com exposição, já considerado o tratamento de primeira linha por importantes *Guidelines*. No Transtorno de Estresse Pós-traumático (TEPT), esta tecnologia é utilizada durante as exposições imaginárias, nas quais o paciente deve relatar no tempo presente e com o máximo de estímulos mnemônicos possíveis (visuais, olfativos, auditivos, táteis, além de pensamentos, sentimentos e reações comportamentais) o momento do trauma. Este relato é constantemente repetido na forma verbal ou escrita até que haja habituação ao relato e reprocessamento da memória traumática. Através da realidade virtual, pode-se expor o paciente ao evento traumático sem que haja risco real. Apesar de exigir alto custo financeiro, envolver questões relacionadas à diminuição da aliança terapêutica e esbarrar na dificuldade de personalizar a exposição, a Terapia de Exposição com Realidade Virtual (TERV) apresenta diversas vantagens, como facilitar o engajamento emocional dos pacientes durante as exposições, contornando os sintomas de evitação, aumentar possibilidades de exposição em situações de tempo limitado, de difícil controle e imprevisíveis e permitir que a exposição ao estímulo temido seja gradual em situações que seriam inviáveis na exposição ao vivo ou imaginária. Além disso, mudanças cognitivas também são observadas no que diz respeito ao aumento da auto-eficácia para o enfrentamento dos estímulos ansiogênicos. O objetivo deste estudo é avaliar a eficácia da TERV no tratamento do TEPT. Para tal, foi realizada uma revisão sistemática com artigos publicados nas bases eletrônicas ISI/*Web of knowledge*, Pubmed, MEDLINE, *PsychInfo* e *Pilots*. Foram selecionados 9 artigos, dentre os quais 7 demonstraram eficácia da TERV. Apesar de os resultados apontarem potencial eficácia da TERV no tratamento do TEPT, faz-se necessário que os achados sejam replicados por se tratar de um novo campo de pesquisa e haver um número reduzido de estudos na literatura sobre o assunto. Além disso, deve haver maior padronização dos desenhos experimentais utilizados pelos estudos, já que há grande variedade no número de sessões utilizadas e no momento em que o uso da realidade virtual é inserido. Finalmente, é determinante que a qualidade metodológica dos estudos seja melhorada, pois muitas falhas, que iam desde o tamanho da amostra até a análise dos dados, foram observadas. Pode-se concluir que, apesar de alguns ensaios terem se mostrado favoráveis à utilização de RV como potencializadora do tratamento com exposição, ainda há um vasto campo a ser explorado, necessitando de ensaios metodologicamente mais robustos e replicação dos mesmos.

11.2 A REALIDADE VIRTUAL COM LÓGICA FUZZY NO ACOMPANHAMENTO DAS AVALIAÇÕES DE PACIENTES COM TRANSTORNO DO ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO SUBMETIDOS AO TRATAMENTO COGNITIVO COMPORTAMENTAL.

Fernando Moraes de Oliveira¹, Regina Serrão Lanzillotti¹, Rosa M. E. M. da Costa¹, Luis A. V. de Carvalho², Raquel Gonçalves² e Paula Ventura² (UERJ¹ e UFRJ²).

Palavras-Chave: Realidade Virtual. Lógica Fuzzy. TEPT.

Ao observar a produção científica e até comercial de Realidade Virtual nos últimos anos, é incontestável que a área de saúde, principalmente a Medicina, tem sido um grande campo para a sua aplicação. O atrativo que os “mundos tridimensionais” exercem, fazem com que a Realidade Virtual proporcione ambientes adequados para simulações e processos de reabilitação de funções motoras e cognitivas que foram perdidas devido a acidentes e doenças. O fato de conseguirmos produzir situações reais “sem trazer risco” ao paciente e a possibilidade de simular e visualizar ações impossíveis de serem percebidas no mundo real, constituem motivos para que a Realidade Virtual aplicada à saúde constitua uma área de interesse crescente tanto para pesquisadores de Computação, quanto para profissionais da área da saúde e indústrias de software. A pesquisa de avaliação da eficácia da Terapia Cognitivo-comportamental (TCC) no tratamento do Transtorno de Estresse Pós-traumático (TEPT) é realizada geralmente através de questionários administrados antes e após o tratamento. O uso da avaliação psicofisiológica (sistema de aquisição de diversos dados fisiológicos), além da psicométrica, tem sido realizado em estudos recentes com o objetivo de avaliar o impacto da terapia na resposta fisiológica do paciente. Essas avaliações podem ser feitas tanto em repouso quanto durante a evocação de sintomas (como durante a exposição imaginária ao relato do trauma), durante as quais é utilizada a escala *Subjective Units of Disturbance Scale* (SUDS) para avaliar o grau de ansiedade que o paciente se encontra durante o estímulo ao trauma. A escala SUDS é uma escala de 0 a 100 para medir a intensidade subjetiva de perturbação ou sofrimento experimentado por um indivíduo. Durante a exposição imaginária, tem-se como hipótese que o grupo de variáveis psicofisiológicas sofrerá uma normalização, demonstrando eficácia da terapia em diminuir a reatividade fisiológica durante a exposição ao estímulo traumático. A Lógica Fuzzy é um instrumento capaz de classificar o paciente em escala gradual quando são realizadas as medições das escalas relativas ao grupo de variáveis psicométricas e psicofisiológicas. A Lógica Fuzzy preocupa-se com os princípios formais do raciocínio aproximado, procurando modelar modos imprecisos do raciocínio, responsáveis na habilidade humana de tomada de decisões. A lógica nebulosa é uma poderosa ferramenta capaz de capturar informações imprecisas, descritas em linguagem natural, e convertê-las para formato numérico e categórico. A proposta deste trabalho é estimular a memória do paciente com TEPT ao trauma através de um Ambiente de Realidade Virtual, fazendo com que ela seja reprocessada de maneira mais saudável e adaptativa. A Lógica Fuzzy será utilizada como um método que propiciará avaliar o desempenho do paciente submetido ao estímulo do trauma vivido, onde o estímulo psicofisiológico captado por um sistema de aquisição de sinais (biopac) cruzado com a resposta gerada pelo paciente sobre o seu grau de ansiedade momentâneo (SUDS), serão suficientes para determinar o grau de estímulo virtual a que o paciente está preparado para se expor.

11.3 REALIDADE VIRTUAL COMO DISPOSITIVO PARA ESTUDOS SOBRE RUMINAÇÃO.

Luciana Pucci Santos, Raquel Gonçalves, Paula Ventura, Ivan Figueira (IPUB, UFRJ).

Palavras-Chave: Realidade Virtual. Estudos. Ruminação.

Pesquisas sobre estratégias de enfrentamento para ruminação são importantes na elaboração de técnicas de intervenção adequadas à minimização do impacto psicológico gerado por esta. O objetivo deste trabalho é fornecer um panorama inicial sobre a ruminação e sua interface com a Realidade Virtual. A ruminação é um pensamento repetitivo, de caráter negativo que tende a exacerbar sintomas ansiogênicos e depressivos, por vezes presentes no Transtorno Obsessivo-Compulsivo. Além disso, quando relacionada a um trauma, é considerada preditora do Transtorno de Estresse pós-traumático. Ruminação é definida como sendo uma forma desadaptada e mal-sucedida de pensar sobre si mesmo. Pessoas ruminativas parecem evocar predominantemente lembranças negativas para pensar seus problemas, além de acreditarem que a ruminação ajudará a obter *insights* para resolução de seus problemas. No campo da psicopatologia, a ruminação tem sido sistematicamente estudada por ter sido constatado que ruminar em contextos de humor negativo contribui para desesperança futura, avaliações mais negativas do presente e evocação de lembranças desagradáveis. Outra área com grande quantidade de estudos sobre ruminação é a psicologia por se concentrar nos diversos modos de se lidar com eventos estressores. Psicólogos apontam que algumas pessoas evitam pensar no assunto ansiogênico procurando distrações em outras atividades ou agindo efetivamente na resolução de seus problemas. Outras concentram sua atenção sobre si mesmas, sobre seus sentimentos e sobre suas situações de forma a procurar/esperar *insights* sobre seus estados de humor, ou seja, ruminam. Estes últimos, na maioria das vezes desejam resolver suas questões, problemas ou situações ansiogênicas, através de alguma idéia que possa surgir pela contemplação constante da situação atual e de seus estados de humor. Contudo, o que acontece durante esta busca por soluções não conduz ao desfecho inicialmente desejado. Pelo contrário, o ruminador patológico tende a não solucionar suas questões, podendo perceber-se como incapaz e ainda exacerbar suas emoções negativas. Como o pensamento ruminativo caracteriza-se por uma cadeia de pensamentos negativos que se perpetuam ao longo do tempo, a ruminação pode ser uma forma de evitação cognitiva, que serve para distrair de cognições mais angustiantes, conduzindo a consequências cognitivas e comportamentais tais como a memória fragmentária e revivescência. Estudos experimentais sobre ruminação detectam dificuldade em utilizar recursos audiovisuais tradicionais, já que os participantes relatam não se sentirem imersos o suficiente na situação experimental para gerar ruminação. Sendo assim, a realidade virtual, utilizando de interfaces interativas mais próximas aos sentidos humanos, permite a exposição, a imersão e a interação em condições ambientais virtualmente controladas, tornando-se um importante recurso para o estudo da ruminação. A adoção desta tecnologia se dá em termos de exposição virtual de imagens, textos, hipertextos, filmes, jogos interativos, etc, que podem estar envolvidos na incitação de ruminação bem como em procedimentos de manipulação cognitiva para o seu enfrentamento, 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.

11.4 REATIVIDADE CARDIOVASCULAR EM PACIENTES COM TRANSTORNOS DE ANSIEDADE: PERSPECTIVAS PARA O USO DA REALIDADE VIRTUAL.

André Vieira (UFRJ).

Palavras-Chave: Emoção. Neurociências. Reatividade Cardiovascular.

O objetivo deste trabalho é apresentar perspectivas para novos delineamentos de pesquisa à luz dos conhecimentos recentes na área de neurociência da emoção. A emoção pode ser considerada como predisposição para a ação, resultante da ativação de diferentes circuitos cerebrais por estímulos com relevância biológica para o organismo. A avaliação da presença (ou ausência) de riscos no ambiente é crucial para a sobrevivência. A identificação de pistas de segurança ou de ameaça dispara processos fisiológicos voltados respectivamente para comportamentos apetitivos ou defensivos. A interação entre fatores de risco e de segurança, internos e externos ao indivíduo é um balanço que deve resultar em comportamentos adaptativos. Nesta concepção propõe-se que a emoção tem uma organização bipolar estruturada em sistemas cerebrais que adaptativamente respondem a estimulações apetitivas induzindo a preparação para comportamentos de aproximação; e aversivas, induzindo a preparação para comportamentos de defesa e esquiva. Partindo desta definição de emoção a ansiedade pode ser entendida como um estado emocional oriundo da ativação do sistema defensivo. Atualmente a neurociência da emoção (*affective neurosciences*) tem buscado determinar o padrão de respostas emocionais adjacentes aos diferenciados quadros psicopatológicos de ansiedade. Para tanto, as investigações, basicamente, elaboram desenhos experimentais que visam apresentar pistas de contextos ameaçadores. Essas pistas podem ser fotos, filmes, frases, ou roteiros dirigidos em forma de gravações em áudio, com o intuito de se aproximar às situações vividas pelos indivíduos que compõem a amostra. Os participantes da pesquisa, quando diante dessas pistas, tem deflagrados componentes de comportamentos emocionais observados em várias respostas fisiológicas, dentre elas a reatividade cardiovascular. Os sinais eletrocardiográficos são coletados ao longo da apresentação de tais pistas e, a partir deles, são extraídos os principais parâmetros empregados na investigação da reatividade cardíaca em transtornos de ansiedade: a frequência cardíaca e a variabilidade da frequência cardíaca. A primeira corresponde ao intervalo de tempo entre as ondas “r” do sinal cardiovascular; já a segunda, ao estudo da influência da respiração no sistema cardiovascular. A partir dos padrões observados nesses parâmetros, pode-se determinar o balanço dos sistemas nervoso simpático e parassimpático frente às pistas de perigo. Sabe-se que, nas pesquisas atuais não há, necessariamente, uma correlação positiva entre a magnitude dos sintomas de ansiedade e a reatividade cardíaca. Desta forma, a neurociência da emoção tem buscado contribuir para a redefinição dos transtornos de ansiedade por meio de uma investigação mais minuciosa da covariação existente entre a reatividade cardíaca e os sintomas relatados. A revisão de atuais desenhos experimentais em pesquisas voltadas para a reatividade cardíaca em transtornos de ansiedade contribuirá para o melhor entendimento de suas bases psicofisiológicas, podendo ajudar na elucidação de seus mecanismos e, por conseguinte na elaboração de terapias mais eficazes. A Terapia de Exposição com Realidade Virtual pode ser beneficiada, na medida que a associação da reatividade cardíaca com o grau de ansiedade sentido pode facilitar o tratamento com exposição em diversos transtornos de ansiedade.

12. INTERVENÇÕES EM PSICOLOGIA POSITIVA.

Coordenador: Antonio Leon (CPAF-RJ/PSI+/ UCAM-AVM).

12.1 DESCOBRINDO E FORTALECENDO VIRTUDES E FORÇAS DE CARÁTER – UMA PROPOSTA DE POTENCIALIZAÇÃO SECUNDÁRIA.

Adriano Martius Botão de Oliveira, Marco Aurélio Nascimento, Hebe Goldfeld, Mônica Portella (CPAF- RJ/Psi+).

Palavras-Chave: Virtudes e Forças de Caráter. Potencialização Secundária. Psicologia Positiva.

Diante das inúmeras preocupações e investimentos na doença, os psicólogos deveriam se perguntar: trabalhamos somente com pessoas doentes? O que tem sido feito em prol do cidadão saudável? O que a psicologia pode fazer por quem já usufrui de uma vida boa? Na tentativa de responder a estas perguntas, o presente trabalho traz a proposta da potencialização secundária, um enfoque da Psicologia Positiva. Com esse objetivo em mente, no primeiro momento apresentaremos as categorias e subcategorias propostas por pesquisadores da Psicologia Positiva: a Categoria I voltada à prevenção primária e secundária de doenças e a Categoria II voltada à potencialização primária e secundária da saúde. Falaremos também sobre a importância do autoconhecimento (talentos, pontos fortes, pontos fracos, defeitos, valores, pensamentos automáticos e crenças funcionais e disfuncionais), e do uso de nossas forças pessoais (talentos, pontos fortes, virtudes e forças de caráter) como pré-requisito a potencialização secundária. Num segundo momento, apresentaremos a proposta que levou a criação da classificação chamada *VIA Classification of Strengths*. Daremos uma rápida explicação sobre cada uma das 6 virtudes da classificação e de sua subdivisão em 24 forças de caráter. Faremos a distinção entre os conceitos de talentos, pontos fortes, virtudes e forças de caráter. Ainda nesse momento, abordaremos a criação do primeiro manual da saúde a partir dessa classificação. O objetivo é apresentar as ferramentas que podem levar uma pessoa que já tem um bom funcionamento e uma vida satisfatória a obter experiências máximas, caracterizadas pela identificação de um propósito maior, uma gratificação abundante e um sentimento de felicidade autêntico e constante. Finalmente, focaremos brevemente sobre duas virtudes e suas respectivas forças de caráter, a sabedoria (forças de caráter: curiosidade, criatividade, perspectiva, aprendizagem e abertura para o novo) e a coragem (forças de caráter: integridade, vitalidade, bravura e persistência). Mostraremos como, a partir do autoconhecimento e de um plano para o desenvolvimento destas virtudes podemos potencializar a vida da pessoa saudável. Conclui-se que a psicologia positiva tem uma enorme aplicabilidade na recuperação de clientes que estão sendo tratados dos mais diversos transtornos (principalmente de humor) psiquiátricos e que é possível pensar muito além da doença e até da vida boa. Veremos como os esforços dos pesquisadores da psicologia positiva, através do mapeamento de qualidades humanas ubíquas (virtudes e forças de caráter), da criação de um manual da saúde e de diversas outras propostas de pesquisa, buscam resgatar e valorizar o que foi chamado de vida satisfatória, através da potencialização secundária. É sempre bom lembrar que existem pessoas saudáveis, levando uma vida boa, a espera de profissionais capacitados a ajudá-los na busca de uma vida satisfatória, repleta de uma felicidade constante.

12.2 PSICOLOGIA POSITIVA E RESILIÊNCIA.

Antonio Leon, Monica Portella (CPAF-RJ).

Palavras-Chave: Resiliência. Invulnerabilidade. Resistência.

O movimento intitulado Psicologia Positiva tem como definição a tentativa de levar os psicólogos contemporâneos a adotarem uma visão mais aberta e apreciativa dos potenciais, das motivações e das capacidades humanas. Uma questão importante e atual para a pesquisa em Psicologia Positiva é o estudo da resiliência. A resiliência é referida através de processos que explicam a capacidade de superação do ser humano diante de crises e adversidades. Na Psicologia os termos invencibilidade ou invulnerabilidade são os precursores do termo resiliência. Apesar de algumas controvérsias a respeito de sua definição é a idéia de resiliência como invulnerabilidade ou resistência às adversidades que vem alicerçando a produção científica da maioria dos pesquisadores. Essa perspectiva deu origem a construção de um conceito que define a resiliência como um conjunto de traços e condições que podem ser replicados. O objetivo deste trabalho é apresentar e discutir as pesquisas realizadas sobre resiliência, seja com o foco no indivíduo, seja com o foco na família, este último ainda em fase inicial de investigação. Os pesquisadores apontam três perspectivas distintas sobre o estudo da resiliência. A primeira delas se refere a estudos psicométricos e da análise estatística de dados obtidos por medidas e ambientes controlados através de escores de testes, notas de escola, e perfis de personalidade e temperamento. Dentre as características fixas de resiliência podem ser destacadas a sociabilidade, criatividade na resolução de problemas e um senso de autonomia e de proposta. A segunda perspectiva se refere a análise do discurso experiencial, sendo este menos valorizado, tendo como base os estudos qualitativos, e se referindo a história de vida de adultos relatadas a psicoterapeutas. Tais histórias de vida são reconstruídas após a variável das múltiplas interpretações dos sujeitos. A terceira perspectiva é apresentada pelo discurso de profissionais que trabalham com crianças e adolescentes, sendo esta a tentativa de síntese dos dois discursos, o experiencial e o dos experts. O tema será desenvolvido inicialmente a partir de um quadro histórico do desenvolvimento do tema da resiliência no Mundo e no Brasil. A seguir abordaremos a distinção entre as pesquisas em resiliência. Abordaremos finalmente a importância do desenvolvimento do tema Resiliência para as pesquisas em Psicologia Positiva e a proposta recente de estudo do tema Crescimento Pós-Traumático. Desenvolvemos em conclusão uma avaliação final sobre o estado atual das pesquisas em resiliência no Brasil e no Mundo.

12.3 ALINHANDO A PSICOLOGIA POSITIVA COM A ABORDAGEM COGNITIVO-COMPORTAMENTAL PARA O TRATAMENTO DA DEPRESSÃO.

Glória Saliveros (UCAM-AVM/CPAF-RJ), Mônica Portella (UCAM-AVM/CPAF-RJ), Hebe Goldfeld (UCAM-AVM/CPAF-RJ), Conrado Padula (CPAF-RJ).

Palavras-Chave: Depressão. TCC. Psicologia Positiva.

De acordo com pesquisas, atualmente, mais de 450 milhões de pessoas são afetadas por doenças mentais. A Organização Mundial de Saúde divulgou durante a primeira Cúpula de Saúde Mental, realizada em Atenas, Grécia que, nos próximos 20 anos, a depressão vai se tornar a doença mais comum do mundo. De acordo com pesquisa do departamento mental do órgão, os números mostram que o peso da depressão (em termos de perdas para as pessoas afetadas) será maior que qualquer outro problema de saúde, incluindo câncer e doenças cardíacas. Ela será sozinha a maior causa de perdas para a população, sendo diagnosticada hoje em todas as partes do mundo, podendo ser considerada uma epidemia silenciosa. Dessa maneira, a compreensão da patologia e a prática de novos estudos da Psicologia Positiva, que buscam enriquecer as formas de intervenção, tornam-se indispensáveis para o tratamento da depressão. O objetivo deste trabalho é expor uma parte da contribuição da Psicologia Positiva em acordo com a Abordagem Cognitivo-Comportamental, através de um caso de depressão (em andamento) numa instituição onde presto serviço voluntário, sob a supervisão do Centro de Psicologia Aplicada, o CPAF-RJ. M, 31 anos, advogada, hoje do lar, com depressão desde os 30 anos, procurou ajuda queixando-se de sintomas típicos da depressão, como tristeza, falta de ânimo, episódios de choro, baixa auto-estima, desesperança, irritabilidade. Durante os meses de maio, junho e julho, foram realizadas onze sessões de psicoterapia individual, de uma hora semanal, onde foram utilizadas técnicas da Abordagem Cognitiva Comportamental (psicoeducação, reestruturação cognitiva, lista de problemas, curtograma etc.) em conjunto com técnicas da Psicologia Positiva (registro de emoções positivas, registro de conquistas diárias, planilha de avaliação de sentimentos, atividades intencionais etc.). Investigando as queixas, e paralelamente fazendo um levantamento das forças e pontos fortes, enfim o lado saudável, foram percebidas melhoras como aumento da auto-estima, ânimo, retorno a prática de atividades prazerosas, concentração, alegria, planos para o futuro e descoberta de pontos fortes, através de observações comportamentais e do relato imediato da cliente, além da observação feita pela terapeuta assim, concluímos que a utilização das técnicas da Psicologia Positiva alinhadas ao tratamento proposto pela Abordagem Cognitivo-Comportamental foi eficaz no tratamento de M. Enquanto as emoções negativas estreitam o pensamento, as emoções positivas ampliam-no, proporcionando ao indivíduo flexibilidade e bem estar de forma contínua. Novos estudos de *follow-up* podem contribuir para a vida do número crescente de pessoas que sofrem com a patologia, ajudando a abrir comportas para mudanças positivas em suas vidas.

12.4 FLOW NO TRABALHO.

Yuri Machado, Mônica Portella (CPAF-RJ/PSI+).

Palavras-Chave: Flow. Trabalho. Psicologia Positiva.

O presente trabalho objetiva analisar a experiência ótima baseada no conceito de flow – estado em que a pessoa experiencia total envolvimento com a atividade que está realizando – desenvolvido por pesquisadores da Psicologia Positiva, estabelecendo um paralelo com a atividade profissional realizada em um ambiente de grandes transformações. A investigação realizada por pesquisadores para mensurar a qualidade da experiência subjetiva envolveu milhares de entrevistas e teve como instrumento o Método de Amostragem da Experiência. Descobriu-se que a experiência ótima não é privilégio de uma atividade específica, pelo contrário, por mais diferentes que fossem as atividades estudadas – como uma travessia à nado, a atuação em um torneio de xadrez ou a escalada de uma montanha – os sentimentos relatados apresentavam muita semelhança. Da mesma forma, aspectos relacionados à cultura, classe social, gênero ou idade, a maneira de desfrutar da experiência era relatada de forma muito parecida. Assim, pode-se defender a tese de que a experiência ótima – bem como as condições psicológicas que a viabilizam – é praticamente universal, apresentando mais semelhanças do que diferenças. Nesse sentido, queremos avaliar o motivo pelo qual muitas pessoas têm dificuldade em suas atividades relacionadas ao trabalho para experimentar a experiência ótima ou entrar em estado de flow. Vale ressaltar que a experiência ótima não deve ser uma meta a ser perseguida, mas acontecer como efeito secundário do envolvimento e dedicação a uma atividade, que depende da capacidade do indivíduo de controlar o conteúdo da consciência influenciando assim a qualidade da experiência. O estado de flow apresenta oito elementos significativos, sendo que nos relatos os participantes apontam pelo menos um e eventualmente todos os elementos a seguir: 1) ocorre quando a pessoa se depara com tarefas que para as quais tem expectativa de que pode completá-la; 2) capacidade de concentração na tarefa; 3) tarefa tem objetivos claros; 4) tarefa oferece resposta imediata; 5) ação com envolvimento profundo e sem esforço 6) permite sensação de controle sobre as ações 7) desaparecimento da sensação do eu, que retorna mais forte ao final da experiência 8) alteração da percepção do tempo. Outro aspecto interessante a respeito das atividades de flow é a relação entre o nível do desafio e a habilidade da pessoa para realizar a tarefa. Quando o desafio está em um nível elevado e a habilidade em um nível baixo, a pessoa experimenta ansiedade. Na situação inversa, o desafio em um nível baixo e habilidade em nível alto a pessoa experimenta tédio. O estado de flow ocorre quando o nível do desafio e de habilidade estão em nível alto e compatível. Uma reflexão acerca dos elementos significativos do flow, bem como da relação entre desafio e habilidades nos auxilia a compreender a dificuldade de realizar um trabalho qualificado, que também exige objetivos claros e feedback imediato. Concluímos que duas estratégias complementares seriam de grande utilidade para aprimorar a qualidade de vida por intermédio do trabalho: 1) as atividades devem contemplar elementos do flow e 2) buscar habilidades relacionadas à personalidade autotélica, ou seja capacidade de promover experiências de flow.

COMUNICAÇÕES LIVRES

1. MODELO COGNITIVO-COMPORTAMENTAL BASEADO NA ACEITAÇÃO PARA A MODIFICAÇÃO DE ESTRATÉGIAS EVITATIVAS.

Aline Sardinha (Laboratório de Pânico e Respiração – IPUB,UFRJ / INCT-TM, CNPq).

Palavras-Chave: Evitação Emocional. Mindfulness. Regulação Emocional.

O trabalho com as emoções tem sido considerado atualmente uma das mais promissoras fronteiras do conhecimento no âmbito das terapias cognitivo-comportamentais. Intervenções baseadas na regulação emocional vem tendo sua eficácia comprovada por meio de estudos científicos. O modelo cognitivo-comportamental baseado na aceitação embasa teoricamente abordagens que enfatizam, como um mecanismo central na mudança terapêutica, a modificação do relacionamento que o cliente mantém com a sua experiência emocional interna e com as estratégias utilizadas para evitar tal experiência. As estratégias clínicas baseadas no modelo da aceitação mais estudadas atualmente são as intervenções baseadas em Mindfulness ou atenção plena. Entretanto, este modelo vem sendo empregado direta ou indiretamente em diferentes abordagens cognitivo-comportamentais propostas recentemente, como o modelo das preocupações como estratégia de evitação emocional aplicado ao Transtorno da Ansiedade Generalizada, as intervenções baseadas em regulação emocional, intervenções voltadas para a cessação de comportamentos aditivos e compulsivos e a Terapia do Esquema. A eficácia científica destas abordagens encontra-se em diferentes estágios de comprovação e o modelo cognitivo-comportamental baseado na aceitação vem sendo proposto como uma técnica complementar de conceituação cognitiva que explica particularmente bem os determinantes emocionais de comportamentos problemáticos considerados como exercendo uma função evitativa. O modelo apresenta três pressupostos principais: (a) os problemas clínicos são vistos como decorrentes da maneira pela qual os indivíduos se relacionam com suas experiências; (b) a evitação da ativação emocional determina esforços cognitivos, emocionais e comportamentais realizados com o objetivo de evitar cognições que geram sofrimento e (c) o engajamento constante em estratégias evitativas perpetua o sofrimento na medida em que impede o indivíduo de se dedicar a ações consistentes com seus reais objetivos de vida. Nesse sentido, quando a experiência emocional é vista como uma ameaça a ser evitada, os comportamentos passam a ser determinados não pelo desejo de alcançar reforçadores efetivamente gratificantes, mas pela necessidade de evitação emocional realizada por meio de comportamentos automáticos superaprendidos. Além disso, a capacidade de regulação emocional do indivíduo fica comprometida, mantendo o problema no longo prazo. Assim, além da amplificação da consciência através das técnicas de Mindfulness e atenção plena, o foco da mudança terapêutica está embasado também na promoção da regulação emocional, da qualidade de vida atual e no estabelecimento de objetivos de vida futuros. Este trabalho visa apresentar teoricamente o modelo cognitivo-comportamental baseado na aceitação, bem como as estratégias terapêuticas cuja eficácia científica já foi comprovada, exemplificando por meio de casos clínicos, como este pode ser aplicado tanto na conceituação cognitiva quanto nas intervenções ao longo do tratamento.

Apoio financeiro: Bolsa de doutorado CNPq e Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia – Translational Medicine (CNPq).

2. ELABORAÇÃO DE UMA ESCALA DE CRENÇAS CONJUGAIS: PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE DE ITENS.

Camila Morais Ribeiro, Eliane Mary de Oliveira Falcone (UERJ).

Palavras-Chave: Análise. Escala. Crenças Conjugais.

As crenças conjugais podem ser compreendidas como um conjunto de idéias que os indivíduos mantêm acerca de como o casamento deve ser e de quais são os papéis de homem e mulher no relacionamento conjugal. A literatura tem indicado que as crenças conjugais possuem estreita relação com a percepção de satisfação com o casamento, podendo interferir positiva ou negativamente no estabelecimento das relações conjugais. Dessa maneira, alguns autores sinalizam que crenças mais realistas estão vinculadas a maior satisfação com a relação, enquanto crenças irrealistas tendem a desencadear raiva e frustração em relação ao casamento e ao cônjuge. Assim, considerando a amplitude e relevância do tema foi construída a Escala de Crenças Conjugais (ECC), composta por 40 itens que foram elaborados a partir de uma revisão da literatura e de entrevistas prévias realizadas com indivíduos casados. O presente trabalho, então, tem por objetivo a análise qualitativa e a análise quantitativa dos itens da ECC. Para a análise qualitativa da ECC, foi solicitada a participação de dez profissionais (mestres e doutores em Psicologia, terapeutas de casais) para atuarem como juízes dos itens da ECC. A avaliação dos juízes consistia em realizar uma análise semântica e uma análise de conteúdo acerca de cada um dos itens da ECC. Para tanto, cada juiz recebia o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido; um texto explicativo sobre a pesquisa que continha as instruções de como proceder a avaliação dos itens da ECC; e as folhas de avaliação da ECC, que continham os 40 itens da escala e os respectivos critérios de avaliação a serem analisados pelos juízes. Os itens foram modificados ou excluídos conforme a concordância das avaliações dos juízes (estipulada em 80%). Também houve a inclusão de novos itens na ECC de acordo com as sugestões fornecidas pelos juízes. Após a análise qualitativa, a ECC passou a ser formada por um total de 37 itens, dentre os quais encontram-se tanto crenças realistas como irrealistas. A análise quantitativa da ECC corresponde aos procedimentos analíticos que visam determinar a seleção final dos itens. Desta fase estão participando aproximadamente 120 sujeitos adultos, homens e mulheres, com escolaridade a partir do Ensino Médio Incompleto. Cada participante da pesquisa recebe o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e a versão prévia da ECC (que contém os 37 itens resultantes da análise qualitativa). Para discriminar os itens que irão compor a versão final da ECC será utilizado o Teste t entre as médias de cada item, obtidas pelo grupo superior e inferior (os 30% escores superiores e os 30% inferiores na escala). Permanecerão na escala os itens que apresentarem $p < 0,05$. Ao final de todos os procedimentos de análise dos itens da escala pretende-se a realização de um estudo de validação da ECC, com vistas a fornecer uma alternativa de instrumentação que viabilize futuras pesquisas, contribuindo tanto para o enriquecimento do conhecimento sobre as relações conjugais como também para a melhoria das relações entre casais a partir de novas propostas de intervenção.

Bolsa: Capes.

3. BEM-ESTAR SUBJETIVO EM VIGIAS NOTURNOS DO RIO DE JANEIRO.

Camila Roque Soares, Luciana Macedo Matos, Priscila do Nascimento Marques, Sabrina Esther Dias Zarucki Tabac, Carlos Américo Alves Pereira (UFRJ).

Palavras-Chave: Vigias Noturnos. Trabalho Noturno. Bem-Estar.

Entende-se que o labor noturno é contrário à natureza diurna do ser humano, podendo desencadear um quadro de estresse constante. Geralmente, resulta de três fatores estressores: dessincronização do ritmo circadiano, alteração da vida social e familiar e privação do sono. Estes fatores interagem podendo produzir efeitos prejudiciais sobre o bem-estar geral do trabalhador noturno. Tendo em vista que existem diversas concepções científicas acerca do que é bem-estar, o presente trabalho se restringe a abordar o bem-estar subjetivo que é um conceito que só pode ser avaliado pelo próprio indivíduo e não por indicadores externos escolhidos por terceiros. Os principais objetivos dessa pesquisa são verificar, entre os participantes, a relação entre os principais componentes do bem-estar subjetivo (satisfação com a vida, afeto positivo, afeto negativo e felicidade) e como os participantes delineiam a representação de felicidade. A relevância do estudo se justifica pela necessidade de investigações acerca do impacto do trabalho noturno sobre o bem-estar subjetivo. Para a análise quantitativa, foram aplicadas as escalas do Bem-Estar Subjetivo (BES), e do Afeto Positivo e Afeto Negativo (PANAS) em 12 vigias noturnos que trabalham em condomínios residenciais do município do Rio de Janeiro. Para a análise qualitativa, responderam a um questionário de auto-avaliação do bem-estar abordando informações relativas ao trabalho, à vida em geral e à duração e qualidade do sono. Os resultados apontam que felicidade e satisfação são dimensões independentes no bem-estar subjetivo do grupo estudado. Houve correlação significativa entre afeto positivo e satisfação e também entre afeto positivo e felicidade. O afeto positivo prevaleceu sobre o afeto negativo. Nas questões qualitativas, muitos entrevistados usaram as relações interpessoais como parâmetro para delinear e avaliar a felicidade e o bem-estar no trabalho. Contudo, afirmaram que o trabalho noturno compromete o relacionamento com a família e os amigos. Descobriu-se que a maioria deles dorme menos do que seis horas por dia e com baixa qualidade de sono devido ao turno de trabalho. Observa-se a importância da adoção de estratégias para minimizar os prejuízos que o trabalho noturno pode causar sobre as relações interpessoais e sobre o ciclo sono-vigília. Como sugestão, observamos que, caso o trabalho noturno não possa ser evitado, sugere-se que alguns critérios ergonômicos sejam observados: a duração da jornada elevada de trabalho físico, cognitivo e emocional, deve ser de 4 a 6 horas; deve-se aumentar o número de turnos ou de equipes de trabalho; o número de dias de trabalho consecutivos devem ser limitados em até 3 dias e, por fim, é importante que o máximo possível de dias de folga coincidam com os fins de semana.

Expositora beneficiada pela Faperj.

4. O CÓRTEX PRÉ FRONTAL E SUAS IMPLICAÇÕES NA NEUROBIOLOGIA DO TRANSTORNO DO PÂNICO.

Mariana Rodrigues Poubel Alves, Mariana Lessa Sucupira, Marcele Regine de Carvalho, Bernard Pimentel Range, Rosinda Martins Oliveira (UFRJ).

Palavras-chave: Neuropsicologia. Transtorno do Pânico. Córtex Pré-Frontal.

A intercessão dos estudos em Neuropsicologia e Terapia Cognitivo Comportamental (TCC) mostram-nos a importância de entender a neurobiologia dos transtornos mentais, a fim de uma melhor compreensão dessas patologias. Estudos recentes têm mostrado a possibilidade da ocorrência de mudanças bioquímicas cerebrais após o tratamento com TCC, baseados no conceito de plasticidade neural. Este conhecimento se baseia no circuito do medo e da ansiedade observados através de modelos animais e dos estudos a partir de exames de neuroimagem, como Tomografia Computadorizada, Eletroencefalograma, PET-Scan, dentre outros, que possibilitam a visualização das propriedades anatomofuncionais e substratos metabólicos do cérebro humano. Os estudos de modificação de padrões de ativação cerebral após intervenções em TCC têm mostrado mudanças de ativação principalmente no córtex pré frontal (CPF), marcadamente conhecido como substrato neural das funções executivas que compreendem a organização e monitorização de planos de ação orientados a partir da intenção. Esta observação pode ser explicada pela natureza das intervenções em TCC, em particular o desenvolvimento de estratégias de auto-regulação mediadas pela vontade do indivíduo, pela intenção. Estas intervenções compreendem técnicas diretivas, questionamentos socráticos, reestruturações cognitivas, exposição comportamental, dentre outras, que promovem o recrutamento dos mecanismos de auto-regulação pré-frontais. O transtorno de pânico (TP) é um transtorno de ansiedade caracterizado pela ocorrência de ataques de pânico (AP) recorrentes, onde o paciente experimenta um período de intenso medo ou desconforto ao sentir sensações físicas e pensamentos relacionados ao medo de morrer, enlouquecer ou perder o controle. É comumente associado a outros transtornos de ansiedade, depressão ou abuso de drogas, mostrando assim a necessidade e importância de uma averiguação clínica cautelosa. Além disso, é preciso um diagnóstico diferencial, afastando qualquer possibilidade de doenças com quadros sintomatológicos parecidos, como doenças cardíacas, pulmonares e hipertireoidismo. O presente trabalho visa apresentar e discutir a neurobiologia do TP, tratando especificamente das possíveis alterações na região do CPF, antes e após o tratamento com TCC. Para isso, foi realizada uma revisão bibliográfica sobre os conceitos de neuropsicologia, de TCC e de suas intercessões no que se refere ao TP. Os estudos que discutem a respeito dessa intercessão mostram que a atividade de diversas regiões cerebrais encontra-se alteradas nos transtornos ansiosos, tais como no TP, dentre elas o CPF. Tal região está relacionada à regulação do sistema atencional, interpretativo e associativo das situações e mostra-se hipofuncional em vários estudos de pacientes com TP, levando a uma ativação inapropriada do circuito do medo, composto pela amígdala e outras regiões do sistema límbico.

5. A INTERFERÊNCIA DOS TRANSTORNOS DE PERSONALIDADE NO TRATAMENTO DO TRANSTORNO DE PÂNICO: UMA ABORDAGEM COGNITIVO-COMPORTAMENTAL.

Mariana Andrade Breschi, Martha Moreira Cavalcante Castro (Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, Salvador-Bahia).

Palavras-Chave: Transtorno de Pânico. Transtorno de Personalidade. Terapia Cognitivo-Comportamental.

A ansiedade é uma emoção inerente ao ser humano, presente em todas as pessoas, fazendo parte do processo de adaptação ao meio em que vivem. A ansiedade, quando experimentada excessivamente, pode se tornar patológica, apresentando-se como um transtorno. Dentre os transtornos ansiosos, o transtorno de pânico é definido pela ocorrência de ataques recorrentes de ansiedade, os quais surgem subitamente sem nenhum motivo desencadeador aparente. Estudos apontam que a TCC é eficaz no tratamento do transtorno de pânico. Entretanto, quando há comorbidades associadas – a saber, transtornos de personalidade –, as pesquisas mostram resultados menos significativos da intervenção cognitivo-comportamental para esse tipo de associação. O desenho de estudo para a realização do trabalho foi uma revisão tradicional da literatura, que teve como base de dados eletrônicos o Medline, PUBMED, Scielo, Bireme, Periódicos Capes, nos idiomas português e inglês, e livros especializados. Foram utilizadas palavras-chaves como *panic disorder*, *personality disorder*, *cognitive-behavioral therapy*, transtorno de personalidade, transtorno de pânico e terapia cognitivo-comportamental, para a busca dos artigos. O objetivo dessa revisão de literatura foi discutir qual a implicação no tratamento cognitivo-comportamental do transtorno de pânico para pessoas que têm associado um transtorno de personalidade. De acordo com os estudos analisados, pudemos perceber o quanto comorbidades são comuns ao transtorno de pânico. Além de associações com outros transtornos psiquiátricos de eixo I, observou-se que há uma grande prevalência de associações entre transtorno de pânico e transtorno de personalidade. Essa revisão se propôs a analisar a eficácia da TCC para pacientes que apresentam transtornos de personalidade, além do transtorno de pânico. O estudo apontou que pacientes com transtorno de pânico associado a transtorno de personalidade apresentam severidade clínica dos sintomas de ansiedade mais significativos do que pessoas que manifestam transtorno de pânico sem comorbidades de eixo II. Portanto, a partir desse estudo pôde-se concluir que, a TCC exerce uma efetividade maior em pacientes que apresentam o transtorno de pânico sem comorbidades. Entretanto, observou-se que pacientes com transtorno de personalidade associado ao transtorno de pânico, apesar de estudos apontarem para uma resposta mais pobre desses pacientes, alcançam uma melhora significativa após o tratamento cognitivo-comportamental, principalmente no que diz respeito à redução dos sintomas ansiosos, sugerindo uma intervenção mais prolongada. Considerando a complexidade do tema analisado, sugere-se que estudos continuem sendo realizados para possibilitar o esclarecimento a respeito da efetividade e contribuições da TCC em pacientes que apresentam transtorno de pânico associado a transtornos de personalidade, bem como de que forma pacientes e profissionais podem se posicionar diante do processo terapêutico e desenvolver estratégias de manejo da saúde mental do indivíduo.

6. EMPATIA E QUALIDADE DE VIDA: ESTUDO DE CASOS.

Andréa Goldani, Anna Carolina Estefan, Amanda Rezende (Universidade Estácio de Sá, Nova Friburgo).

Palavras-Chave: Declínio Cognitivo. Qualidade de Vida. Empatia.

O envelhecimento é uma fase do desenvolvimento prevista nas espécies que se caracteriza por transformações do organismo que incidem nas estruturas físicas e manifestações mentais, sendo acompanhado por uma deterioração gradual de diversos domínios da vida dos indivíduos. Diante do progressivo envelhecimento da população, o desafio científico volta-se para a proposição de respostas às demandas explicitadas pelos idosos. Dentre estas, talvez a mais importante seja a manutenção da qualidade de vida, a qual condiz com a saúde, educação, autonomia e independência que possibilitam a funcionalidade do idoso. Esta demanda torna-se particularmente relevante devido à relação entre aumento da idade e declínio cognitivo, assunto que causa grande preocupação na área de saúde mental. Nesse sentido, os esforços dedicados na tentativa de responder a essa demanda apontam, em alguns casos, para a importância da forma de interação como um fator que repercute positivamente na funcionalidade dos idosos, principalmente quando está presente o comportamento empático, que auxilia na redução de problemas emocionais e psicossomáticos, na melhora da qualidade dos relacionamentos interpessoais. Esta apresentação visa expor através de estudo de casos, a idéia de que idosos com perdas cognitivas podem se beneficiar de ações empáticas no sentido de manter sua qualidade de vida. Para tanto foram avaliados 8 idosos, 4 mulheres e 4 homens com idades variando entre 60 e 87 anos; no que diz respeito a escolaridade 4 possuem nível superior, 2 nível médio e 2 nível fundamental. Nenhum sujeito apresentou queixa de depressão. Os instrumentos utilizados foram o mini exame do estado mental (MEEM) a fim de averiguar o nível de comprometimento cognitivo, cujos resultados ficaram compreendidos entre 15 e 23 pontos e a escala de avaliação de atividades da vida diária (AVDs), como medida do nível de funcionamento e correlato da qualidade de vida, onde 2 apresentaram resultados que indicam comprometimento significativo da qualidade de vida, vale ressaltar que foram aqueles com menor resultado no mini exame do estado mental e os mais idosos. Dos sujeitos avaliados 3 apresentaram algum comprometimento na qualidade de vida, sendo que um deles é Parkinsoniano com tremores que representam um impedimento real e o outro tem o hábito de delegar tarefas a outras pessoas. Os demais (3) não apresentaram comprometimento neste aspecto. Foram entrevistados 8 cuidadores com o inventário de empatia (IE), onde 2 são familiares e 6 são contratados para esta função, nenhum capacitado para exercer a mesma. As respostas do inventário evidenciaram que os cuidadores entrevistados são empáticos sendo que os fatores mais significativos foram flexibilidade interpessoal e altruísmo. Os dados levam a alguns questionamentos, “O maior comprometimento cognitivo interfere significativamente na qualidade de vida?”, “A idade avançada pressupõe perda efetiva de qualidade de vida?”, “A flexibilidade interpessoal e o altruísmo seriam os aspectos da empatia que devem prevalecer no trato com os idosos?”, “Serão os idosos mais rígidos e com dificuldades em gratificar quem cuida, exigindo maior habilidade desses nos dois fatores predominantes?”. Estas questões e outras são o desafio para a continuidade desta pesquisa.

7. A HABILIDADE EMPÁTICA COMO PREDITORA DO PERDÃO.

Vanessa Dordron de Pinho, Eliane Mary de Oliveira Falcone (UERJ).

Palavras-Chave: Habilidade Empática. Tomada de Perspectiva. Perdão Interpessoal.

Diversos estudos têm apontado que a habilidade empática é benéfica para o bem-estar pessoal e para a qualidade dos relacionamentos interpessoais. Como habilidade social, entende-se que a empatia é um fenômeno multidimensional, com aspectos cognitivos, afetivos e comportamentais. Respectivamente, envolve a capacidade de compreender o ponto de vista do outro, de se interessar genuinamente pelo seu bem-estar, e de expressar, por meio de comportamentos verbais e não verbais, sua compreensão e interesse pelo interlocutor, permitindo a este se sentir entendido e validado em suas experiências. Esta habilidade tem sido associada, mais recentemente, à capacidade de perdoar um ofensor por suas transgressões. O perdão também vem sendo considerado uma experiência multifatorial, com domínios cognitivos, afetivos e comportamentais, que abrangem os pensamentos, as emoções e os comportamentos em relação a um ofensor. No presente trabalho, objetiva-se apresentar e discutir os resultados de uma pesquisa que investigou o valor preditivo da habilidade empática sobre o perdão interpessoal, a partir de uma metodologia diferenciada da de estudos prévios. Pela primeira vez, relações entre empatia e perdão foram avaliadas com uma amostra brasileira e o Inventário de Empatia (IE) foi empregado como preditor de uma medida de perdão. Para avaliar o perdão interpessoal, foi utilizado o *Enright Forgiveness Inventory* (EFI), a única medida de perdão já validada para o contexto brasileiro, que tem sido muito aplicada internacionalmente e que foi adaptada para o Brasil como Escala de Atitudes. O IE apresenta quatro subescalas: Tomada de Perspectiva (TP), Sensibilidade Afetiva (SA), Flexibilidade Interpessoal (FI) e Altruísmo (AI). O EFI apresenta três subescalas: Afetiva, Cognitiva e Comportamental. Para a realização desta investigação, 172 participantes, de ambos os sexos, com média de idade de 36 anos, responderam aos instrumentos supracitados e a uma ficha sobre dados sociodemográficos. Análises de regressão múltipla foram processadas a fim de avaliar a predição dos fatores do IE (em conjunto) sobre cada subescala do perdão. Os resultados indicaram que TP, SA e AI tiveram valor preditivo sobre o perdão comportamental, somente TP predisse o perdão afetivo e nenhum fator do IE foi preditor do perdão cognitivo. Esses resultados confirmaram parcialmente as hipóteses levantadas, de que todos os fatores do IE seriam bons preditores de todas as subescalas do EFI. Contudo, eles corroboram a importância da empatia para a promoção do perdão interpessoal e servem de base para fundamentar planos de tratamento da mágoa e da raiva, a partir do aprimoramento da habilidade empática e conseqüente desenvolvimento do perdão aos outros. Ressalta-se que TP se destacou como a dimensão empática mais importante, sugerindo a relevância que a capacidade de adotar o ponto de vista do outro tem para que o perdão seja alcançado. Os resultados encontrados apresentam semelhanças e diferenças em relação a estudos anteriores, que serão discutidas durante a apresentação oral do trabalho.

8. DESENVOLVENDO A COMPETÊNCIA SOCIAL ATRAVÉS DO TREINAMENTO EM HABILIDADES SOCIAIS.

Conrado Padula de Araújo Trindade Corrêa, Mônica Portella, Maurício Canton Bastos (Centro de Psicologia Aplicada e Formação, Rio de Janeiro, RJ).

Palavras-Chave: Habilidades Sociais. Terapia Cognitivo-Comportamental. Treinamento em Habilidades Sociais.

As Habilidades Sociais (HS) podem ser definidas como um conjunto de classes de comportamentos que facilitam o convívio social entre os indivíduos. De acordo com as pesquisas, pessoas que possuem um repertório de HS mais desenvolvido são capazes de formar e manter relações interpessoais mais satisfatórias, o que contribui de forma inestimável para a saúde mental das mesmas. Dessa forma, as HS tornam-se indispensáveis para o desenvolvimento emocional e psicológico dos pacientes que buscam auxílio na Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC). Os objetivos do trabalho são: (a) expor a importância do desenvolvimento de comportamentos socialmente hábeis nos pacientes que apresentam déficits moderados de HS e; (b) apresentar a experiência de aplicação de princípios de THS em um grupo de pacientes do Centro de Psicologia Aplicada e Formação, o CPAF-RJ. Os principais estudiosos das HS indicam o Treinamento em Habilidades Sociais (THS) em grupo, além da TCC individual. O THS tem como objetivo aprimorar a competência social das pessoas. O THS consiste em desenvolver comportamentos socialmente hábeis através da psicoeducação, da modelagem, da modelação, do *Role Play*, da utilização de filmagens, da prática repetida, entre outras técnicas. O THS em grupo tem vantagens, pois permite que cada participante observe e avalie o desempenho dos demais e tenha seu desempenho observado e avaliado pelo maior número possível de pessoas, tornando o treinamento muito mais rico em diversidade e pluralidade. Para realizar um THS eficaz, sugere-se a presença de um coordenador, um psicólogo observador (que pode tornar-se participativo conforme a necessidade), além de um número de seis a doze participantes. O CPAF-RJ realizou em Junho e Julho do ano de 2011 um THS com seis pacientes com déficits moderados em HS. Houve quatro encontros quinzenais de quatro horas de duração. No primeiro, foi realizada a psicoeducação dos conhecimentos em HS necessários para o desenvolvimento do treinamento, além de dinâmicas onde comportamentos socialmente hábeis específicos (duração do olhar, volume da voz, por ex.) foram avaliados e treinados. Nos dois encontros subsequentes, as técnicas de psicoeducação, de *Role Play*, da modelação e modelagem foram utilizadas. Foram encontradas mudanças positivas significativas no desempenho social dos participantes. No último encontro, os pacientes receberam da equipe do CPAF-RJ e dos próprios colegas, o *feedback* das mudanças comportamentais observadas durante o THS. As informações trocadas foram discutidas e organizadas de forma a auxiliar os pacientes em suas situações sociais futuras. Concluímos que os participantes puderam se beneficiar do programa de THS realizado pelo CPAF-RJ, conforme relato obtido imediatamente após o término do programa. Pesquisa adicional é necessária para quantificar esses ganhos e permitir avaliação de *follow-up*.

9. AVALIAÇÃO DAS RELAÇÕES ENTRE HABILIDADES SOCIAIS E SINTOMAS DEPRESSIVOS.

Conceição Santos Fernandes, Eliane Mary de Oliveira Falcone (UERJ).

Palavras-Chave: Depressão. Assertividade. Empatia.

A capacidade de lidar com as demandas sociais são reconhecidas através do repertório de habilidades sociais. *Déficits* neste repertório estão associados a uma piora na qualidade de vida. Neste contexto, verificam-se diversos transtornos psicológicos como a depressão. A depressão, por sua vez, apresenta uma multifatorialidade em sua etiologia. Dentre os fatores que constituem vulnerabilidades para depressão encontram-se as relações interpessoais e a capacidade do indivíduo de socializar-se. O objetivo do presente trabalho foi verificar as relações entre sintomas depressivos e habilidades sociais. Para isto, contou-se com 107 participantes de ambos os sexos e idades variadas que apresentassem no mínimo terceiro grau incompleto. Os participantes responderam aos seguintes instrumentos: (a) Ficha de identificação; (b) Inventário de Depressão do Beck (IBD); (c) Inventário de Habilidades Sociais- (IHS-Del – Prette) e (d) Inventário de Empatia (I.E.). Foram pontuados os escores individuais e realizadas as análises de correlação de Pearson e Análise de variância ANOVA. Observaram-se correlações significativas e negativas entre todos os Fatores do Inventário de Habilidades Sociais (IHS) e os escores do Inventário de Depressão (IBD). Quanto ao Inventário de Empatia (I.E), houve correlação significativa para o Fator *Tomada de perspectiva* ($r = -.22^*$, $p < .05$). Em seguida foram observadas as diferenças entre os grupos de depressão quanto ao repertório de habilidades sociais, através da realização da análise ANOVA para todos os Fatores do IHS e I.E. As análises apontam para diferenças entre os grupos em todos os Fatores do IHS. Mais uma vez, para os Fatores do I.E., resultados significativos ocorreram apenas para o Fator *Tomada de Perspectiva*. O teste *post hoc* de Bonferroni foi realizado em seguida. Observou-se que o grupo sem depressão diferenciou-se dos grupos *depressão leve a moderada*, *moderada a grave* e *grave* para os Fatores IHS total e *Conversação e desenvoltura social* ($p < .05$). Os outros Fatores diferenciaram apenas no grupo *sem depressão* e *moderada a grave e grave*, mostrando que as principais diferenças são encontradas na medida em que aumenta a gravidade da depressão. Da mesma maneira, para o Fator *Tomada de Perspectiva*, apenas verificam-se diferenças entre os *sem indícios de depressão* e *moderada a grave*. Estes resultados mostram que indivíduos com sintomas depressivos apresentam níveis significativamente mais baixos de habilidades sociais (empáticas e assertivas) em relação aos sem esses sintomas. Constata-se, ainda, que os resultados foram mais consistentes nas habilidades medidas pelo instrumento IHS. Com relação ao I.E., os indivíduos deprimidos mostraram-se significativamente menos capazes do que os não deprimidos em tomar a perspectiva de seu interlocutor. Os achados corroboram estudos anteriores quanto às relações existentes entre deficiências em habilidades sociais e depressão.

Apoio: CNPq.

10. AVALIAÇÃO DO REPERTÓRIO DE HABILIDADES SOCIAIS DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM PARALISIA CEREBRAL.

Patricia Lorena Quiterio, Leila Regina d'Oliveira de Paula Nunes (UERJ).

Palavras-Chave: Habilidades Sociais. Crianças e Adolescentes. Avaliação Multimodal.

O aluno com paralisia cerebral que não consegue se comunicar oralmente de forma eficiente pode ser incapaz de expressar seus sentimentos e pensamentos, prejudicando seu desenvolvimento acadêmico e social. Os objetivos desta investigação foram: a) adaptar o Sistema Multimídia de Habilidades Sociais de Crianças (SMHSC-Del-Prette) para doze alunos com paralisia cerebral, não oralizados usando recursos da Comunicação Alternativa para tal e b) verificar a consistência de uma proposta de avaliação multimodal de Habilidades Sociais para pessoas com paralisia cerebral não-oralizadas. A avaliação multimodal envolveu os seguintes procedimentos: a) protocolo de observação direta para registrar os comportamentos dos alunos em situação natural, bem como categorizar os comportamentos não verbais; b) entrevista semiestruturada contendo 10 itens realizados junto à professora para descrever sua percepção sobre as Habilidades Sociais dos seus alunos; c) questionário composto de 20 itens realizado com os responsáveis com a finalidade de investigar como estes percebiam as relações interpessoais dos filhos e d) Inventário de Habilidades Sociais para Pessoas Não Oralizadas (IHSPNO), contendo 20 situações geradoras de interações sociais, administrado aos alunos e à professora. Para testar a validade do instrumento foi aplicado o Teste de Postos com Sinal de Wilcoxon (H_0 para $p \leq 0,02$) que revelou resultados satisfatórios. Relacionando os dois grupos, obtiveram-se os seguintes resultados: as observações revelaram que o comportamento não verbal mais utilizado foi o assentimento com a cabeça, através do qual o aluno emitia respostas sim/não a perguntas diretas. Os questionários revelaram que as subclasses com déficit parciais foram Assertividade (69,3%), Civilidade (62,9%) e Empatia (61%). As subclasses com desempenho adequado foram Básicas de comunicação (79,2%) e Autocontrole e expressividade emocional (78,3%). A subclasse Fazer amizades (54%) foi considerada como tendo o índice insatisfatório. As professoras através das entrevistas consideraram que as subclasses Solução de Problemas Interpessoais e Civilidade apresentaram déficits significativos. Já as subclasses Autocontrole e Expressividade Emocional, Fazer Amizades, Básicas de comunicação, Assertividade, Civilidade e Sociais Acadêmicas tiveram déficits parciais. Correlacionando-se a auto-percepção e a percepção das professoras através do IHSPNO nos grupos evidencia-se que a subclasse Habilidade Social Acadêmica (57%) e Assertividade (56%) revelaram um desempenho positivo. Em oposição, a Solução de Problemas Interpessoais (43%) foi que apresentou um índice insatisfatório e, conseqüentemente as subclasses Empatia e Civilidade (51%), Autocontrole e Expressividade emocional (49%) e Fazer amizades (48%) apresentaram déficits parciais. Na relação entre todos os instrumentos, percebeu-se que as subclasses Assertividade e Autocontrole e Expressividade emocional foram as que apresentaram melhor desempenho. Com desenvolvimento parcial tiveram-se as subclasses Básicas de comunicação, Empatia, Fazer amizades e Sociais Acadêmicas. Verificaram-se déficits significativos em Civilidade e Solução de Problemas Interpessoais. Os dados sinalizaram que os instrumentos foram adequados à população, viabilizando o desenvolvimento de futuras pesquisas com um número significativamente maior de participantes. Outro desdobramento é a elaboração e a implementação de Treinamento em Habilidade Sociais (THS) - com recursos da Comunicação Alternativa - no ensino direto e sistemático das subclasses de habilidades com o propósito de aperfeiçoar a competência individual e interpessoal em situações sociais, com essa população.

Apoio financeiro: a pesquisa conta com apoio financeiro da CAPES / Proesp para a parte de Treinamento de Habilidades Sociais (Doutorado).

PÔSTERES

1. ANÁLISE DO COMPORTAMENTO DE ALUNOS TÍMIDOS NA SALA DE AULA DE QUÍMICA.

Luiz Alberto da Silva Junior, Matheus Ferreira Mota (Faculdade de Ciências Integradas do Pontal, Universidade Federal de Uberlândia, Ituiutaba – Minas Gerais).

Palavras-Chave: Timidez. Desempenho. Química.

Timidez é um traço de personalidade, na maioria das vezes reversível, caracterizado pela falta de confiança e ansiedade durante a execução de atividades que envolvem relacionamento afetivo e/ou social. Cerca de 20% da população apresenta uma hipersensibilidade inata para a inibição quando criança, o que se traduz em comportamentos tímidos já na infância. O ambiente e o contato familiar nesse período são fundamentais para a moldagem dessa personalidade, podendo culminar em diminuição da inibição ou acentuação, chegando a níveis de fobia social e até depressão quando adultos. A inibição por si só não é um problema psicológico. Pelo contrário, ela faz parte do processo evolutivo dos seres vivos. O receio de novas situações, o medo do desconhecido, são traços herdados dos ancestrais primitivos que utilizaram essa insegurança como arma na luta pela sobrevivência. Nos dias atuais, ainda é frequente a inibição perante certas atividades, geralmente ligadas à crença e meio em que o sujeito foi criado. A frequência de episódios vergonhosos em situações cotidianas que não exigem complexidade comportamental caracteriza a timidez. Este estudo foi feito com vinte e nove alunos do segundo ano do Ensino Médio de uma escola da rede pública do Estado de Minas Gerais através da aplicação de um questionário dissertativo com o objetivo de descrever o comportamento tímido bem como o rendimento escolar na disciplina de Química. Vinte dois alunos demonstraram possuir pouca ou nenhuma dificuldade de relacionamento social. O discurso de sete alunos identificados como tímidos mostrou que o ambiente familiar em que cresceram era demasiado protetor. Como indica a literatura, ambiente excessivamente protetor pode comprometer a autonomia e proporciona maiores chances da criança se tornar tímida. Embora tenham apontado que não possuem dificuldade em conversar com amigos, todos afirmaram que gostariam de ter mais amizades e ainda alguns falaram que se sentem melhor com as amizades virtuais. Sobre as dúvidas que surgem durante a aula, os alunos disseram que não se sentem a vontade para fazer perguntas ao professor. Isso indica que a personalidade tímida provoca dificuldade de comunicação com o professor e outras pessoas de autoridade, fato que pode resultar em diminuição do rendimento uma vez que os novos modelos metodológicos buscam maior participação e interação do aluno na sala de aula e, de fato, estes alunos apresentam notas medianas e baixas. Ainda neste ponto, os alunos afirmaram em suas respostas que participar de atividades como seminários e debates é uma tarefa difícil pois causam ansiedade e nervosismo. Dessa forma, pode-se concluir que alunos tímidos apresentam características comuns que foram destacadas no estudo, embora a amostra utilizada tenha sido de dimensão pequena e a abordagem feita de forma limitada somente para as aulas e o professor de Química.

O presente trabalho foi realizado com apoio do Programa Institucional de Bolsa de Iniciação à Docência – PIBID, da CAPES - Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil.

2. RESILIÊNCIA: UM PROCESSO ATIVADO EM SITUAÇÕES ADVERSAS?

Amanda Assad Rezende, Anna Carolina Estefan (Universidade Estácio de Sá, Nova Friburgo, Rio de Janeiro).

Palavras-Chave: Resiliência. Transtorno de Estresse Pós-Traumático. Fatores de Risco/Proteção.

Fenômenos da natureza como enchentes, tsunamis, furacões, deslizamentos de terra e terremotos são situações experienciadas por milhões de pessoas em todo o mundo e podem se configurar como situações traumáticas. Como consequência, o Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT) é o quadro psiquiátrico mais presente em indivíduos que sobreviveram a uma catástrofe natural. São duas as características centrais do TEPT: o evento traumático – a exposição a um evento que envolva a ocorrência ou a ameaça consistente de morte ou ferimentos graves para si ou para outros, associada a uma resposta intensa de medo, desamparo, ou horror – e a tríade psicopatológica: o re-experimentar o evento traumático, a evitação de estímulos a ele associados e a presença persistente de sintomas de hiperestimulação autonômica (é o estado de hiper-reação do corpo a estímulos externos como se estivesse em permanente perigo, se caracteriza por sintomas como insônia, sobressalto, coração acelerado, irritabilidade e baixa concentração). Porém, não são todas as vítimas de um desastre natural que desenvolvem o Transtorno de Estresse Pós-Traumático. O que leva, então, uma pessoa a se adaptar a uma situação traumática? A Psicologia vem buscando responder a essa pergunta através do estudo do fenômeno Resiliência. O termo “resiliência” (do latim *re*, “para trás” e *salire*, “voltar”) é frequentemente usado para descrever o processo dinâmico que leva à adaptação positiva no contexto de uma adversidade. O presente trabalho aborda brevemente o Transtorno de Estresse Pós-Traumático e discute o conceito de Resiliência associado a fatores de risco/proteção e estresse/trauma. Ao longo do artigo – que formalizou nosso Trabalho de Conclusão de Curso – foi apresentada uma pesquisa de campo que teve como objetivo verificar se o conceito de Resiliência atua, de fato, como um fator de proteção e adaptação contra o desenvolvimento do Transtorno de Estresse Pós-Traumático em situações de catástrofe. Para isso, foi realizada uma pesquisa na cidade de Nova Friburgo que, recentemente, sofreu com a maior catástrofe natural do país deixando mais de cinco mil desabrigados e desalojados, segundo a Defesa Civil do município. A seleção da amostra foi realizada dentro dos seguintes critérios: escolaridade (primeiro grau completo), idade (adultos de ambos os sexos entre 20 e 60 anos) e os participantes terem obrigatoriamente vivenciado a tragédia e estarem na condição de desalojados ou desabrigados. A avaliação da Resiliência foi realizada através da Escala de Resiliência desenvolvida por Wagnild e Young (1993) e a avaliação dos sintomas do Transtorno do Estresse Pós-Traumático foi realizada a partir da aplicação do *Post-Traumatic Stress Disorder Checklist - Civilian Version* (PCL-C) desenvolvido por Weathers, Litz, Huska e Keane, do *National Center for PTSD* (EUA). A análise dos resultados obtidos demonstrou que indivíduos mais resilientes apresentaram um quadro sintomatológico do TEPT brando ou nulo, enquanto a maior parte da população avaliada como a menos resiliente desenvolveu um importante quadro de sintomas do transtorno. Logo, verificou-se que a Resiliência é um processo ativado a favor do indivíduo na proteção e adaptação em situações adversas que podem levar a consequências negativas, como o desenvolvimento do transtorno de estresse pós-traumático.

3. D-CICLOSERINA POTENCIALIZA A TERAPIA DE EXPOSIÇÃO EM HUMANOS? UMA REVISÃO SISTEMÁTICA.

Helga Rodrigues, Alessandra Lopes, Ivan Figueira, Raquel Gonçalves, Evandro Coutinho, Paula Ventura (Universidade Federal do Rio de Janeiro, RJ).

Palavras-Chave: D-cicloserina. TCC. Terapia de Exposição.

A Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) e a Farmacoterapia representam tratamentos de primeira escolha para os transtornos de ansiedade. Em especial, a Terapia de Exposição e os Inibidores Seletivos de Recaptação da Serotonina são considerados as principais intervenções para esses transtornos. Entretanto, mesmo após os tratamentos de primeira linha, uma parcela elevada dos pacientes não remite completamente do transtorno e continua necessitando de tratamentos adicionais. Nesse contexto, torna-se necessário o desenvolvimento de novas estratégias eficazes de tratamento para pacientes resistentes e/ou intolerantes aos tratamentos usuais. Sendo assim, através de avanços das pesquisas, o antibiótico D-cicloserina (DCS), um agente glutamatérgico, agonista parcial do receptor *N*-methyl-D-aspartate (NMDA), emerge como uma nova estratégia inovadora em combinação com a farmacoterapia e a Terapia de Exposição. Estudos com modelo animal sugeriram que a DCS teria um papel importante na potencialização da aprendizagem de extinção do medo, sendo que os mecanismos de extinção são centrais na terapia de exposição. O objetivo do presente trabalho foi conduzir uma revisão sistemática da eficácia da DCS como estratégia de potencialização da TCC em pacientes com transtornos de ansiedade. Foram realizadas buscas eletrônicas nas bases ISI, *PubMed* e *PsychInfo*, incluindo todas as línguas e todos os anos. Foram realizadas também pesquisas manuais, através das referências bibliográficas e investigações com especialistas da área sobre a existência de estudos adicionais. Foram excluídos artigos de revisão, capítulos de livros, dissertações, estudos que não focaram em TCC, estudos com crianças, animais e com transtornos de ansiedade subclínicos. Em todas as bases, foram localizadas 289 publicações e após revisão, oito estudos (nove artigos) compõem a amostra final e todos são ensaios randomizados duplo-cegos placebos controlados. Dos oito estudos selecionados, foram encontrados os seguintes Transtornos de Ansiedade: Transtorno Obsessivo-Compulsivo (n=3); Transtorno de Pânico (n=2), Transtorno de Ansiedade Social (n=2) e Fobia Específica (n=1 - Fobia de Altura) e somente quatro encontraram resposta positiva para a potencialização da Terapia de Exposição com a DCS. Os resultados dessa revisão sistemática não sugerem que a DCS potencializa os efeitos da Terapia de Exposição nos Transtornos de Ansiedade, em especial, no Transtorno Obsessivo-Compulsivo, em que todos os estudos encontraram resultados negativos. A DCS parece ser mais eficaz quando administrada em doses baixas, um número limitado de vezes e imediatamente antes (1-2 horas) da exposição. Estudos adicionais são necessários para investigar a ação da DCS em amostras maiores de pacientes e com outros transtornos de ansiedade. O entendimento da ação da DCS no processo de extinção do medo é muito importante para que se possa estabelecer a dose, momento de administração e número de sessões de exposição necessárias para alcançar resultados positivos. Uma possível utilização futura da DCS em doses pontuais no ambiente clínico pode representar vantagens, como diminuir a taxa de abandono, resistência ao tratamento, menor custo e aumento do acesso aos cuidados de saúde.

Bolsa ou Apoio Financeiro: CNPq e FAPERJ.

4. ESTIMULAÇÃO MAGNÉTICA TRANSCRANIANA REPETITIVA (EMTr) COMO UMA TERAPIA ADICIONAL EFICAZ AO TRATAMENTO DA FOBIA SOCIAL: UM ESTUDO HIPOTÉTICO.

Bianca M.C.B. Pinto (Instituto Brasileiro de Medicina e Reabilitação, Rio de Janeiro – RJ), Flávia Esper de Andrade (Instituto Brasileiro de Medicina e Reabilitação, Rio de Janeiro – RJ), Roberta Simões Reis (Instituto Brasileiro de Medicina e Reabilitação, Rio de Janeiro – RJ), Geórgia Diogo Freitas (Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro – RJ, Rio de Janeiro – RJ), Sergio Machado (Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro – RJ; INCT-TM, Rio de Janeiro – RJ), Flávia Paes (Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro – RJ; Instituto Brasileiro de Medicina e Reabilitação, Rio de Janeiro – RJ), Antonio Egídio Nardi (Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro – RJ, INCT-TM, Rio de Janeiro – RJ).

Palavras-Chave: Estimulação Magnética Transcraniana Repetitiva. Fobia Social. Terapia Cognitivo-Comportamental.

Transtorno de ansiedade social (TAS) ou Fobia Social é um transtorno que se caracteriza pelo medo e fuga de situações sociais. Estudos epidemiológicos apontam que o TAS é um dos transtornos psiquiátricos mais comuns com taxas de prevalência em torno de 12.1% ao longo da vida. O TAS pode ser classificado em específico ou generalizado. Seu tipo específico está ligado ao medo e a fuga de uma situação específica de desempenho, como por exemplo, falar em público. Já seu tipo generalizado, está envolvido com o medo e a fuga de situações sociais de forma geral, e dessa forma os pacientes são conseqüentemente mais prejudicados que os do tipo específico. Apesar de sua alta prevalência na população em geral e do significativo comprometimento social e ocupacional relacionados ao TAS, pouca atenção foi dedicada ao estudo de seus mecanismos neurobiológicos nos últimos anos. Apenas recentemente houve um aumento considerável no número de estudos a fim de melhor entender os aspectos fisiopatológicos da doença. Com relação aos circuitos envolvidos no TAS, 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. Dentro desse contexto, foi verificado em recente revisão de estudos de neuroimagem que as áreas mais comumente ativadas em ordem de escala são o córtex frontal medial, córtex insular e o córtex cingulado, giro parahipocampal e amígdala. Muito embora existam tratamentos eficazes e seguros, como medicamentos e psicoterapia, muitos pacientes com TAS não respondem a este modelo tradicional de tratamento. No entanto, com os avanços nos últimos anos em relação aos mecanismos neurobiológicos envolvidos nos transtornos de ansiedade em geral, novos tratamentos têm sido propostos, tal como a estimulação magnética transcraniana (EMT). A EMT é um método não-invasivo, seguro 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 em algumas doenças neuropsiquiátricas, como depressão e esquizofrenia, porém em transtornos de ansiedade, mais especificamente no TAS, nenhum estudo foi realizado com o intuito de

investigá-lo. Conforme observado em outros transtornos de ansiedade, a aplicação da EMTr vem demonstrando alguns resultados positivos. Sendo assim, espera-se que a EMTr aplicada no córtex frontal medial (CFM) direito promova melhora da sintomatologia.

O trabalho recebeu apoio financeiro do INCT-TM (CNPq).

CONFERÊNCIAS

TERAPIA COGNITIVA PROCESSUAL: NOVA ABORDAGEM PARA A MUDANÇA DE CRENÇAS NUCLEARES NA TERAPIA COGNITIVA.

Irismar Reis de Oliveira (UFBA).

Este mini-curso foi desenvolvido para ensinar aos participantes uma nova estratégia que facilita mudança nas crenças nucleares. Crença nuclear é componente importante na maioria dos protocolos da terapia cognitiva. Atribuições persistentes negativas, globais e pessoais em relação aos eventos de vida e acontecimentos adversos são fatores de risco para a recorrência da maioria dos transtornos psiquiátricos. Assim, uma nova abordagem, a Terapia Cognitiva Processual (TCP), que pode ser mais eficaz na mudança dos sistemas de crenças do que os registros de pensamentos convencionais ou do que confrontações lógicas será apresentada. A TCP é uma abordagem baseada na formulação do caso, em três níveis e três fases, cuja fundação encontra-se na terapia cognitiva; contudo, é uma abordagem única relativa à conceituação e às técnicas, tornando-a uma intervenção distinta na modificação das crenças nucleares dos pacientes. Uma de suas técnicas principais é o Registro de Pensamentos Baseado no Processo (RPBP), estratégia estruturada que é apresentada como analogia à Lei, na qual o terapeuta engaja o paciente na simulação de um processo jurídico. Daí a denominação TCP dada a esta abordagem. Trata-se de um método validado empiricamente para a mudança das crenças nucleares, com resultados preliminares, porém, promissores. Tais dados resultantes de pesquisa são apresentados.

O QUE ESTÁ ACONTECENDO E O QUE IRÁ ACONTECER NOS PRÓXIMOS 10 ANOS NA TCC?

Melanie Ogliari Pereira (Psiquiatra, RS).

Nesta conferência de abertura da 9ª Mostra de Terapias Cognitivo Comportamentais aqui do Rio de Janeiro, sobre o futuro da TCC, a pergunta que ocorreu foi sobre o que falar? Com certeza, sobre TCC, mas sobre qual TCC entre as tantas existentes, e escolhendo sobre qual patologia? A decisão foi de falar sobre nenhum tipo ou sobre a aplicação específica da TCC em especial, mas sim sobre o que está acontecendo com a TCC neste momento no mundo e o que se espera ou se deseja que aconteça na próxima década nesta área. Nos seus quarenta anos de existência, desde que foi criada por Aaron Beck na década de 60, da indicação inicial para os transtornos de humor unipolares, ela vem evoluindo e sendo adaptada, ampliada, novas aplicações e pesquisas desenvolveram-se e o resultado deste trabalho é que tornou a TCC o tratamento em psicoterapia de escolha para vários tipos de transtornos como de ansiedade, prevenção de recaída nos transtornos de humor bipolar e de dependência a substâncias psicoativas, de personalidade, esquizofrenia. O espectro de influência da TCC pode ser demonstrado, entre outros tantos fatos, com a obrigatoriedade da inclusão no currículo de graduação das faculdades de Psicologia e das residências de psiquiatria nos Estados Unidos desde 2006. Em 2007 o Parlamento aprovou uma verba substancial para o treinamento de 3600 terapeutas cognitivo comportamentais até o ano de 2010, a partir de um estudo de um economista apresentado a ele, que comprovou a eficácia e a importância do ponto de vista econômico para o país, determinando que seu sistema de saúde adotasse de forma mais ampla esta abordagem. Em junho de 2009, no VI Congresso Internacional de Terapia Cognitiva em Roma, participei de um simpósio sobre a TCC nos 5 continentes. Na ocasião foi feito um levantamento da evolução da TCC no Brasil no período de 1991 a 2008. Em 1991 existiam 3 programas de treinamento em TCC no Brasil, comparados aos 23 espalhados pelo país no final do ano de 2008. Dos 3 estados, Rio de Janeiro, São Paulo e RS, onde haviam cursos, passaram a existir curso em 13 estados brasileiros neste período, 3 no Rio, 4 em SP e 6 no RS. Mais um curso nos estados de Alagoas, Amazonas, Distrito Federal, Minas Gerais, Paraná, Paraíba, Pernambuco, Rio Grande do Norte, Santa Catarina. Mas, o que está acontecendo no momento na TCC no mundo? Durante o VI Congresso Internacional de TCC em Boston, em junho De 2010 tive a oportunidade de entrevistar alguns dos nomes conhecidos e de referência que estavam participando do congresso, entrevistas estas que foram apresentadas durante o VI Congresso do Cérebro, Comportamento e Emoção também em junho do ano passado. Alguns destes profissionais: Dr Christopher Fairburn, Dra Judith Beck, Dra Emily Holmes, Dr Keith Dobson, Dr Cory Newman, Dra Chistine Padesky, DR Adrian Wells, Dr Aaron Beck. A cada um deles duas perguntas foram feitas: -O que eles estavam trabalhando no momento que eles consideravam “quente”, importante, e o que eles achavam que seria importante ou que acontecerá de importante na próxima década com a TCC. O reconhecimento de existir uma estruturação sólida do corpo da TCC é comum a todos, com o reconhecimento de que o formato da TCC proposta por Dr Beck é o modelo universal a todas as TCCs, é o link em comum a todos do que está bem no aqui e agora. O desafio em comum apresentado foi de uma preocupação de todos para se determinar parâmetros científicos para delimitar métodos de treinamento para profissionais em TCC com comprovação científica quanto a eficácia destes métodos e de se poder determinar parâmetros biológicos, principalmente de neuro imagem que possam ser utilizados também como ferramentas no processo de tratamento e de confirmação da eficácia da intervenção. Um desejo pessoal, além do relatado por estes profissionais, fica para nós o desafio de nos fazer mais presentes e reconhecidos participando mais ativamente como espectadores e palestrantes em eventos internacionais como estes.

MINDFULNESS E TERAPIA COGNITIVA

Helene Shinohara (PUC-Rio)

Os procedimentos usados pelos terapeutas cognitivos vem incorporando diferentes técnicas que se mostrem eficazes para os resultados terapêuticos. A prática de mindfulness é apresentada como uma opção no desenvolvimento de habilidades essenciais para se lidar com diferentes tipos de problemas clínicos. Observar e prestar atenção à experiência interna, descrever e dar nome à experiência com aceitação e sem julgamento, ser capaz de se empenhar em atividades de forma consciente, sem se distrair e sem reagir à experiência interior parecem ser atitudes terapeuticamente relevantes. Esta prática de meditação de tradição oriental se baseia essencialmente na constatação da transitoriedade e impermanência da experiência. Estes alicerces são enfatizados e confirmados nos exercícios de atenção plena. De certa forma, estas práticas todas foram criadas para que o homem pudesse lidar com suas dificuldades. Recentemente, vários estudos científicos controlados têm comprovado seus benefícios para uma variedade de situações e, praticamente, qualquer um pode aprender a meditar formal ou informalmente. Em casos de ansiedade, verifica-se que as tentativas de controle frequentemente não funcionam, interferem nas respostas emocionais, perpetuam a forma de lidar com as experiências internas e prejudicam o funcionamento global do cliente. A evitação experiencial se mostra também como um modo improdutivo de viver a vida: a busca de prazer e a evitação das emoções negativas gera mais desconforto do que sucesso. Uma postura aceitadora e compassiva em relação a si mesmo e o empenho em ações consistentes com valores pessoais relevantes alteram o relacionamento com a experiência interna e o ciclo perpetuador do transtorno. Em casos de dor crônica verifica-se que é possível diminuir o sofrimento causado pela resistência; na tristeza e depressão, estudos relatam menos recaídas; a insônia pode ser melhorada; e o estresse controlado pelo aumento da atividade parassimpática. Portanto, a técnica de meditação pode ser incorporada à prática da Terapia Cognitiva com o devido treinamento do terapeuta e discussão das mudanças necessárias nos protocolos tradicionais.