

A Psicologia em suas Diversas Áreas de Atuação 2

Daniel Carvalho de Matos
(Organizador)



Atena
Editora

Ano 2020

A Psicologia em suas Diversas Áreas de Atuação 2

Daniel Carvalho de Matos
(Organizador)



Atena
Editora

Ano 2020

2020 by Atena Editora

Copyright © Atena Editora

Copyright do Texto © 2020 Os autores

Copyright da Edição © 2020 Atena Editora

Editora Chefe: Profª Drª Antonella Carvalho de Oliveira

Diagramação: Karine de Lima

Edição de Arte: Lorena Prestes

Revisão: Os Autores



Todo o conteúdo deste livro está licenciado sob uma Licença de Atribuição *Creative Commons*. Atribuição 4.0 Internacional (CC BY 4.0).

O conteúdo dos artigos e seus dados em sua forma, correção e confiabilidade são de responsabilidade exclusiva dos autores. Permitido o download da obra e o compartilhamento desde que sejam atribuídos créditos aos autores, mas sem a possibilidade de alterá-la de nenhuma forma ou utilizá-la para fins comerciais.

Conselho Editorial

Ciências Humanas e Sociais Aplicadas

Profª Drª Adriana Demite Stephani – Universidade Federal do Tocantins
Prof. Dr. Álvaro Augusto de Borba Barreto – Universidade Federal de Pelotas
Prof. Dr. Alexandre Jose Schumacher – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Mato Grosso
Prof. Dr. Antonio Carlos Frasson – Universidade Tecnológica Federal do Paraná
Prof. Dr. Antonio Gasparetto Júnior – Instituto Federal do Sudeste de Minas Gerais
Prof. Dr. Antonio Isidro-Filho – Universidade de Brasília
Prof. Dr. Carlos Antonio de Souza Moraes – Universidade Federal Fluminense
Prof. Dr. Constantino Ribeiro de Oliveira Junior – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Profª Drª Cristina Gaio – Universidade de Lisboa
Profª Drª Denise Rocha – Universidade Federal do Ceará
Prof. Dr. Deyvison de Lima Oliveira – Universidade Federal de Rondônia
Prof. Dr. Edvaldo Antunes de Farias – Universidade Estácio de Sá
Prof. Dr. Eloi Martins Senhora – Universidade Federal de Roraima
Prof. Dr. Fabiano Tadeu Grazioli – Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões
Prof. Dr. Gilmei Fleck – Universidade Estadual do Oeste do Paraná
Profª Drª Ivone Goulart Lopes – Istituto Internazionale delle Figlie di Maria Ausiliatrice
Prof. Dr. Julio Candido de Meirelles Junior – Universidade Federal Fluminense
Profª Drª Keyla Christina Almeida Portela – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Mato Grosso
Profª Drª Lina Maria Gonçalves – Universidade Federal do Tocantins
Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte
Prof. Dr. Marcelo Pereira da Silva – Universidade Federal do Maranhão
Profª Drª Miranilde Oliveira Neves – Instituto de Educação, Ciência e Tecnologia do Pará
Profª Drª Paola Andressa Scortegagna – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Profª Drª Rita de Cássia da Silva Oliveira – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Profª Drª Sandra Regina Gardacho Pietrobon – Universidade Estadual do Centro-Oeste
Profª Drª Sheila Marta Carregosa Rocha – Universidade do Estado da Bahia
Prof. Dr. Rui Maia Diamantino – Universidade Salvador
Prof. Dr. Urandi João Rodrigues Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará
Profª Drª Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande
Prof. Dr. William Cleber Domingues Silva – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Prof. Dr. Willian Douglas Guilherme – Universidade Federal do Tocantins

Ciências Agrárias e Multidisciplinar

Prof. Dr. Alexandre Igor Azevedo Pereira – Instituto Federal Goiano
Prof. Dr. Antonio Pasqualetto – Pontifícia Universidade Católica de Goiás
Profª Drª Daiane Garabeli Trojan – Universidade Norte do Paraná

Profª Drª Diocléa Almeida Seabra Silva – Universidade Federal Rural da Amazônia
Prof. Dr. Écio Souza Diniz – Universidade Federal de Viçosa
Prof. Dr. Fábio Steiner – Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul
Prof. Dr. Fágner Cavalcante Patrocínio dos Santos – Universidade Federal do Ceará
Profª Drª Girlene Santos de Souza – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
Prof. Dr. Júlio César Ribeiro – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Profª Drª Lina Raquel Santos Araújo – Universidade Estadual do Ceará
Prof. Dr. Pedro Manuel Villa – Universidade Federal de Viçosa
Profª Drª Raissa Rachel Salustriano da Silva Matos – Universidade Federal do Maranhão
Prof. Dr. Ronilson Freitas de Souza – Universidade do Estado do Pará
Profª Drª Talita de Santos Matos – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Prof. Dr. Tiago da Silva Teófilo – Universidade Federal Rural do Semi-Árido
Prof. Dr. Valdemar Antonio Paffaro Junior – Universidade Federal de Alfenas

Ciências Biológicas e da Saúde

Prof. Dr. André Ribeiro da Silva – Universidade de Brasília
Profª Drª Anelise Levay Murari – Universidade Federal de Pelotas
Prof. Dr. Benedito Rodrigues da Silva Neto – Universidade Federal de Goiás
Prof. Dr. Edson da Silva – Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri
Profª Drª Eleuza Rodrigues Machado – Faculdade Anhanguera de Brasília
Profª Drª Elane Schwinden Prudêncio – Universidade Federal de Santa Catarina
Prof. Dr. Ferlando Lima Santos – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
Prof. Dr. Gianfábio Pimentel Franco – Universidade Federal de Santa Maria
Prof. Dr. Igor Luiz Vieira de Lima Santos – Universidade Federal de Campina Grande
Prof. Dr. José Max Barbosa de Oliveira Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará
Profª Drª Magnólia de Araújo Campos – Universidade Federal de Campina Grande
Profª Drª Mylena Andréa Oliveira Torres – Universidade Ceuma
Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federaci do Rio Grande do Norte
Prof. Dr. Paulo Inada – Universidade Estadual de Maringá
Profª Drª Vanessa Lima Gonçalves – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Profª Drª Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande

Ciências Exatas e da Terra e Engenharias

Prof. Dr. Adélio Alcino Sampaio Castro Machado – Universidade do Porto
Prof. Dr. Alexandre Leite dos Santos Silva – Universidade Federal do Piauí
Prof. Dr. Carlos Eduardo Sanches de Andrade – Universidade Federal de Goiás
Profª Drª Carmen Lúcia Voigt – Universidade Norte do Paraná
Prof. Dr. Eloi Rufato Junior – Universidade Tecnológica Federal do Paraná
Prof. Dr. Fabrício Menezes Ramos – Instituto Federal do Pará
Prof. Dr. Juliano Carlo Rufino de Freitas – Universidade Federal de Campina Grande
Prof. Dr. Marcelo Marques – Universidade Estadual de Maringá
Profª Drª Neiva Maria de Almeida – Universidade Federal da Paraíba
Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte
Prof. Dr. Takeshy Tachizawa – Faculdade de Campo Limpo Paulista

Conselho Técnico Científico

Prof. Msc. Abrãao Carvalho Nogueira – Universidade Federal do Espírito Santo
Prof. Msc. Adalberto Zorzo – Centro Estadual de Educação Tecnológica Paula Souza
Prof. Dr. Adailson Wagner Sousa de Vasconcelos – Ordem dos Advogados do Brasil/Seccional Paraíba
Prof. Msc. André Flávio Gonçalves Silva – Universidade Federal do Maranhão
Profª Drª Andreza Lopes – Instituto de Pesquisa e Desenvolvimento Acadêmico
Profª Msc. Bianca Camargo Martins – UniCesumar
Prof. Msc. Carlos Antônio dos Santos – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Prof. Msc. Cláudia de Araújo Marques – Faculdade de Música do Espírito Santo
Prof. Msc. Daniel da Silva Miranda – Universidade Federal do Pará
Profª Msc. Dayane de Melo Barros – Universidade Federal de Pernambuco

Prof. Dr. Edwaldo Costa – Marinha do Brasil
Prof. Msc. Eliel Constantino da Silva – Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita
Prof. Msc. Gevair Campos – Instituto Mineiro de Agropecuária
Prof. Msc. Guilherme Renato Gomes – Universidade Norte do Paraná
Prof^a Msc. Jaqueline Oliveira Rezende – Universidade Federal de Uberlândia
Prof. Msc. José Messias Ribeiro Júnior – Instituto Federal de Educação Tecnológica de Pernambuco
Prof. Msc. Leonardo Tullio – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Prof^a Msc. Lilian Coelho de Freitas – Instituto Federal do Pará
Prof^a Msc. Lilians Aparecida Sereno Fontes de Medeiros – Consórcio CEDERJ
Prof^a Dr^a Lívia do Carmo Silva – Universidade Federal de Goiás
Prof. Msc. Luis Henrique Almeida Castro – Universidade Federal da Grande Dourados
Prof. Msc. Luan Vinicius Bernardelli – Universidade Estadual de Maringá
Prof. Msc. Rafael Henrique Silva – Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados
Prof^a Msc. Renata Luciane Polsaque Young Blood – UniSecal
Prof^a Msc. Solange Aparecida de Souza Monteiro – Instituto Federal de São Paulo
Prof. Dr. Welleson Feitosa Gazel – Universidade Paulista

**Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(eDOC BRASIL, Belo Horizonte/MG)**

P974 A psicologia em suas diversas áreas de atuação 2 [recurso eletrônico] / Organizador Daniel Carvalho de Matos. – Ponta Grossa, PR: Atena Editora, 2020.

Formato: PDF

Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader

Modo de acesso: World Wide Web

Inclui bibliografia

ISBN 978-85-7247-924-0

DOI 10.22533/at.ed.240201601

1. Psicologia. 2. Psicólogos. I. Matos, Daniel Carvalho de.

CDD 150

Elaborado por Maurício Amormino Júnior – CRB6/2422

Atena Editora
Ponta Grossa – Paraná - Brasil
www.atenaeditora.com.br
contato@atenaeditora.com.br

APRESENTAÇÃO

O livro “A Psicologia em suas Diversas Áreas de Atuação 2” é uma obra que agrega contribuições de profissionais e pesquisadores de várias instituições de referência em pesquisa do país. A Psicologia representa uma área do conhecimento que se caracteriza por uma diversidade de abordagens, ou perspectivas, com objetos de estudo bem definidos e procedimentos direcionados a várias questões humanas, buscando sempre assegurar o comprometimento com a promoção de qualidade de vida.

A obra foi organizada em seis sessões, reunindo capítulos com temas em comum. A primeira sessão compreende produções sobre Transtorno do Espectro Autista (TEA) e outros casos de desenvolvimento atípico. São abordados os seguintes assuntos: Avaliação de nível intelectual; comportamentos problemas; ensino de repertórios não verbais e verbais; educação inclusiva; papel do psicólogo escolar na inclusão escolar; prevenção do TEA.

A segunda sessão é dedicada ao desenvolvimento infantil. São abordadas as seguintes questões: “Adultização” da infância e formação do psiquismo; manejo de conflitos entre educadores e pais sobre formas de educar; manejo de comportamentos agressivos de criança; efeitos da equoterapia sobre modificação de comportamentos de agressores do bullying. A terceira sessão focou em psicoterapia sob diferentes perspectivas em psicologia, destacando os temas: Supervisão como parte de um processo psicanalítico; estudo de caso da Abordagem Centrada na Pessoa, estabelecendo a relação psicoterapeuta-cliente como favorecedora de um processo de autorrealização; caracterização das três ondas das terapias cognitivas e comportamentais e tratamento de transtornos mentais.

A quarta sessão apresenta contribuições da Psicologia quanto a possíveis questões identificadas na adolescência, destacando-se prevenção de suicídio e transição de gênero com promoção de autoconhecimento. A quinta sessão destaca o papel da Psicologia quanto a possíveis questões da gravidez, como prevenção de depressão na gravidez e intervenções da Terapia Cognitivo Comportamental para amenizar o sofrimento associado a um processo de aborto espontâneo.

A sexta sessão dedica-se a apresentar outras áreas de atuação do psicólogo, com ênfase nos seguintes temas: Análise da percepção de usuários de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) em relação a oficinas terapêuticas; análise do perfil comportamental de estudantes universitários, a fim de favorecer reflexões sobre o papel da Universidade na condução do processo ensino-aprendizagem; apresentação da Psicologia do Trânsito voltada para processos de avaliação de motoristas e, também, buscando a compreensão do comportamento para prevenção de tragédias no trânsito.

A Psicologia é diversidade e tem um compromisso social com a promoção de qualidade de vida. Que todos os interessados tenham uma excelente experiência de aquisição de conhecimento.

SUMÁRIO

PROCESSOS DE AVALIAÇÃO, INTERVENÇÃO E INCLUSÃO ESCOLAR EM CRIANÇAS COM TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA E OUTROS CASOS DE DESENVOLVIMENTO ATÍPICO

CAPÍTULO 1 1

QUAL A INFLUÊNCIA DO QI NOS PROBLEMAS DE COMPORTAMENTO INFANTIL EM CRIANÇAS COM TRANSTORNO DE LINGUAGEM?

Beatriz Alves
Fernanda Chequer de A. Pinto Jacy
Perissinoto
Marcia Regina Fumagalli Marteleto
Michele Azevedo e Silva
Rebeca Rodrigues Pessoa
Ruth Nogueira da Silva Rodrigues
Veronica Pereira do Nascimento

DOI 10.22533/at.ed.2402016011

CAPÍTULO 2 14

ENSINO DE REPERTÓRIO DE OUVINTE E INTRAVERBAL EM CRIANÇAS COM TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA

Daniel Carvalho de Matos
Ingrid Naiany Carvalho da Cruz
Abigail Cunha Carneiro
Pollianna Galvão Soares de Matos

DOI 10.22533/at.ed.2402016012

CAPÍTULO 3 27

A EDUCAÇÃO INCLUSIVA E A DIALÉTICA DA EXCLUSÃO

Jerry Wendell Rocha Salazar
Marília Rosa Bogea Silva
Sheila Cristina Bogea dos Santos

DOI 10.22533/at.ed.2402016013

CAPÍTULO 4 38

O FAZER DO PSICÓLOGO ESCOLAR NA INCLUSÃO DE CRIANÇAS COM AUTISMO

Izabel Cristina Pinheiro da Cruz Miranda
Pollianna Galvão Soares de Matos
Daniel Carvalho de Matos

DOI 10.22533/at.ed.2402016014

CAPÍTULO 5 51

O SEMBLANTE: O EDUCADOR E A EDUCAÇÃO ESTRUTURANTE MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE NA PREVENÇÃO DO AUTISMO

Dorisnei Jornada da Rosa
Andrea Gabriela Ferrari

DOI 10.22533/at.ed.2402016015

DESENVOLVIMENTO INFANTIL E DESAFIOS: FORMAÇÃO DO PSIQUISMO, EDUCAÇÃO EMANEJO DE COMPORTAMENTOS INDESEJÁVEIS

CAPÍTULO 6 63

A “ADULTIZAÇÃO” DA INFÂNCIA NA CONTEMPORANEIDADE

Débora Kelly Duarte da Silva
Isabella Karen Borges dos Santos
Mauricio Cardoso da Silva Junior

DOI 10.22533/at.ed.2402016016

CAPÍTULO 7 70

CONFLITOS ENTRE PAIS E EDUCADORES DE CRECHES: MANEJOS A PARTIR DA RELAÇÃO COM O SABER SOBRE O EDUCAR NA INFÂNCIA

Mariana Rodrigues Anconi

DOI 10.22533/at.ed.2402016017

CAPÍTULO 8 79

AGRESSIVIDADE MANIFESTA EM SALA DE AULA EM CRIANÇA DE SEIS ANOS: UM ESTUDO DE CASO

Maria Januária Silva Wiezzel

DOI 10.22533/at.ed.2402016018

CAPÍTULO 9 91

A UTILIZAÇÃO DO CAVALO PARA FINS TERAPÊUTICOS AOS AGRESSORES DO BULLYING

Fabrine Niederauer Flôres
Renata Souto Bolzan
Aline Cardoso Siqueira
Suane Pastoriza Faraj

DOI 10.22533/at.ed.2402016019

A PSICOTERAPIA A PARTIR DE DIFERENTES PERSPECTIVAS EM PSICOLOGIA

CAPÍTULO 10 100

A IMPORTÂNCIA DA SUPERVISÃO PSICANALÍTICA:ASPECTOS TEÓRICOS E TÉCNICOS

Juliano Bernardino de Godoy

DOI 10.22533/at.ed.24020160110

CAPÍTULO 11 116

DA RIGIDEZ À FLUIDEZ: UM ESTUDO DE CASO NA ABORDAGEM CENTRADA NA PESSOA

Julia Nunes de Souza Teixeira
Ana Rafaela Pecora Calhao

DOI 10.22533/at.ed.24020160111

CAPÍTULO 12 128

EVOLUÇÃO E TENDÊNCIAS ATUAIS DAS TERAPIAS COGNITIVAS E COMPORTAMENTAIS

Claudia Cristina Novo Gonzales
Claudiane Aparecida Guimarães

DOI 10.22533/at.ed.24020160112

PREVENÇÃO E PROMOÇÃO DE SAÚDE FRENTE A PROBLEMAS IDENTIFICADOS NA ADOLESCÊNCIA

CAPÍTULO 13 145

UM ESTUDO SOBRE O SUICÍDIO NA ADOLESCÊNCIA

Anny Elise Braga

Mauricio Cardoso da Silva Junior

DOI 10.22533/at.ed.24020160113

CAPÍTULO 14 150

GRUPO PARA PESSOAS EM TRANSIÇÃO DE GÊNERO: CONSTRUINDO O PROJETO DE VIDA

Rayane Ribas Martuchi

Ticiane Paiva de Vasconcelos

DOI 10.22533/at.ed.24020160114

CONTRIBUIÇÕES DA PSICOLOGIA QUANTO A PROBLEMAS RELACIONADOS A GRAVIDEZ

CAPÍTULO 15 161

DEPRESSÃO NA GESTAÇÃO: CONTRIBUIÇÕES DA PSICOLOGIA

Francielen Nogueira Oliveira

Tatiane Tavares Reis

Tarcísio Pereira Guedes

Elzeni Damasceno de Souza

Angélica da Silva Calefano

DOI 10.22533/at.ed.24020160115

CAPÍTULO 16 173

A REPERCUSSÃO DO ABORTO ESPONTÂNEO NA ESTRUTURA FAMILIAR E A IMPORTÂNCIA DA TERAPIA COMPORTAMENTAL E COGNITIVO

Criziene Melo Vinhal

DOI 10.22533/at.ed.24020160116

OUTRAS POSSÍVEIS ÁREAS DE ATUAÇÃO PARA O PSICÓLOGO: CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL, ORGANIZAÇÕES E TRÂNSITO

CAPÍTULO 17 181

O SARAU – PERCEPÇÃO DOS USUÁRIOS DO CAPS CIDADE

Dalton Demoner Figueiredo

Chander Rian De Castro Freitas

Viviane Vale Carvalho

DOI 10.22533/at.ed.24020160117

CAPÍTULO 18	198
PERFIL COMPORTAMENTAL DOS ACADÊMICOS DO CURSO DE ADMINISTRAÇÃO DE UMA UNIVERSIDADE DO RS	
Bruna Benetti	
Larissa Rodrigues Ferrazza	
Nádyá Antonello	
Eliara Piazza	
Claudia Aline De Souza Ramser	
DOI 10.22533/at.ed.24020160118	
CAPÍTULO 19	216
MITOS E VERDADE SOBRE A PSICOLOGIA DO TRÂNSITO	
Sandra Cristina Batista Martins	
Lélia Monteiro de Mello	
Vanessa Jacqueline Monti Chavez	
DOI 10.22533/at.ed.24020160119	
SOBRE O ORGANIZADOR	223
ÍNDICE REMISSIVO	224

EVOLUÇÃO E TENDÊNCIAS ATUAIS DAS TERAPIAS COGNITIVAS E COMPORTAMENTAIS

Data de aceite: 08/01/2020

Claudia Cristina Novo Gonzales
Claudiane Aparecida Guimarães

RESUMO: As terapias cognitivas e comportamentais surgiram por volta de 1950, como uma abordagem alternativa às psicoterapias tradicionais, e sua eficácia já foi comprovada para o tratamento de numerosos transtornos psicológicos. Este estudo apresenta resultados de um levantamento bibliográfico através da revisão simples de literatura com o objetivo de caracterizar as três ondas (fases) das terapias cognitivas e comportamentais; enumerar abordagens da terceira onda, bem como suas técnicas, e os procedimentos metodológicos mais utilizados, além de conhecer as possibilidades terapêuticas e a eficácia no tratamento de transtornos mentais distintos. Os resultados apontam que as terapias cognitivas e comportamentais apresentam não só proposições metodológicas e conceituais distintas, mas também focos diferentes e variedade de técnicas. Dispõem, ainda, de estrutura e planejamento flexíveis, por considerar a demanda específica de cada paciente, além de ser adaptáveis a contextos diversos.

PALAVRAS-CHAVE: terapias cognitivas e comportamentais; terceira onda; transtornos mentais.

EVOLUTION AND CURRENT TRENDS OF COGNITIVE BEHAVIORAL THERAPY

ABSTRACT: The Cognitive and Behavioral Therapies (CBT) emerged around 1950 as an alternative approach to the existing traditional psychotherapies and their effectiveness has already been proven for the treatment of numerous psychological disorders. This study aims to characterize the three development phases (waves) of the CBT, listing their innovations, techniques and clinically used methodological procedures. The results indicate that CBT currently have different methodological, conceptual, distinct approaches and a great variety of techniques. They also have flexible structure and planning, considering the specific demand of each patient, besides being adaptable to different types of contexts.

KEYWORDS: Cognitive and Behavioral Therapies, CBT third wave, mental disorders.

INTRODUÇÃO

A terapia cognitivo-comportamental (TCC) tem se consolidado com uma proposta clínica eficaz, de curta duração e aplicável a um indivíduo e a grupos. Contudo, sua evolução

desde o surgimento, por volta dos anos 1950, pode ser considerada, ainda, como tema pouco explorado e debatido na academia; e a ideia de escrever este artigo surgiu, justamente, do interesse em conhecer como foram os desdobramentos da TCC desde seu surgimento.

A TCC surgiu nos Estados Unidos e logo recebeu a adesão de psicólogos da Inglaterra. Não por acaso, até hoje pesquisadores de ambos os países continuam a proporcionar inovações e novas percepções dessa abordagem psicoterapêutica. Atualmente, transformou-se em uma escola de psicoterapia global. Pesquisadores e clínicos do mundo todo a utilizam e contribuem para seu aprimoramento, proporcionando reformulações e propondo novas aplicações ou extensões. Portanto, seu escopo de atuação está se expandindo e se transformando, de modo que pode ser considerada uma disciplina científica em amadurecimento (Hofmann, 2014; Melo, 2014).

O processo evolutivo da TCC é caracterizado por três gerações ou ondas, todas originárias de uma mesma proposta epistemológica. Entretanto, cada uma apresenta detalhes e considerações singulares, que as tornam diferentes no modo de realizar intervenções, as quais se traduzem em novas aplicações que aprimoram e enriquecem a prática clínica em contextos distintos, conforme se lê em Melo (2014, que cita Hayes, 2004).

A *primeira onda* surgiu em meados do século XX e recebeu a denominação de terapia comportamental. Fundamentou-se no modelo comportamental clássico, com vistas à modificação do comportamento humano, e em teorias modernas de aprendizagem para intervir na psicoterapia (Lucena-Santos, Pinto-Gouveia, & Oliveira, 2015). A *segunda onda* se caracterizou pela revolução cognitiva dos anos 60. Foi considerada uma abordagem mais racionalista e explicativa, focada em elementos cognitivos, em especial na reestruturação de crenças. Nesse momento, passou a ser reconhecida mundialmente — o que dá uma medida dos resultados efetivos em tratamentos de conflitos emocionais, dificuldades psicológicas e transtornos mentais. Além disso, foi ampliada e aprimorada para possibilitar não somente o atendimento psicoterápico individual, como também o atendimento de grupos, casais e famílias (Lucena-Santos, Pinto-Gouveia, & Oliveira, 2015). A *terceira onda* surgiu em na década de 90, com a proposição de modelos contextuais diversificados que, mais tarde, segundo Melo (2014), passaram a ser conhecidos como terapias contextualistas. Novas ferramentas, técnicas e metodologias foram propostas e incorporadas, considerando o contexto e as experiências do sujeito e o objetivo de construir repertórios mais amplos, flexíveis e efetivos. Além disso, a variedade de abordagens da terceira onda facilita encaixar a terapêutica adotada a culturas distintas, por meio de métodos variados para realidades socioeconômicas diversas. As intervenções supõem a premissa de que o contexto é o mais importante: compreendê-lo é requisito à compreensão do comportamento (Lucena-Santos, Pinto-Gouveia, & Oliveira, 2015).

As abordagens da TCC oferecem uma terapêutica acessível, transparente e intuitiva útil ao tratamento de quase todos os transtornos mentais. As intervenções

compartilham a mesma ideia central que embasa sua estrutura conceitual; ou seja, consideram a existência de desencadeadores externos que estimulam crenças e pensamentos mal adaptativos passíveis de levar a pensamentos mal adaptativos automáticos; de um ponto de atenção a tais crenças e pensamentos; e de artimanhas de controle mal adaptativas (Hofmann, 2014).

Este estudo teve como objetivos: *caracterizar* as três ondas (fases) das terapias cognitivas e comportamentais, *enumerar* as abordagens principais da terceira onda — suas técnicas e os procedimentos metodológicos mais utilizados — e *conhecer* as possibilidades terapêuticas e a eficácia no tratamento de transtornos mentais distintos. A pesquisa pode contribuir para a formação do psicólogo, uma vez que atualiza o conhecimento das mais recentes e inovadoras estratégias e técnicas desenvolvidas pelas abordagens da terceira onda das terapias cognitivas e comportamentais.

MÉTODO

Para a coleta de dados, foi realizado levantamento bibliográfico através da revisão simples de literatura. O levantamento considerou trabalhos publicados entre 2002 e 2016, de autores variados da literatura especializada sobre a TCC. A metodologia foi adotada tendo em vista o fato de que a temática investigada ainda não foi abordada em artigos acadêmico-científicos.

RESULTADOS: EVOLUÇÃO DAS TERAPIAS COGNITIVAS E COMPORTAMENTAIS

Primeira onda — terapia comportamental O termo terapia comportamental foi empregado pela primeira vez por Lindsley, Skinner e Solomon, em 1953. Outros dois psicólogos, também, utilizaram: Lazarus, em 1958, na África do Sul (ele afirmou que a terapia comportamental é a inserção de procedimentos testados em laboratórios na psicoterapia tradicional) e Eysenck, em 1959 (ele conceituou a terapia comportamental como uma nova forma de pensar nas intervenções terapêuticas fundamentada na aplicação de “modernas teorias de aprendizagem” para tratar disfunções psicológicas), como informam Barbosa e Borba (2010, citando Franks, 1996).

Ivan Petrovich Pavlov contribuiu para o estudo do condicionamento clássico, e o psicólogo Edward Thorndike investigou as consequências da modificação do comportamento por meio do reforço e da punição, o que denominou de condicionamento operante. Por outro lado, desde 1930, o fisiologista Edmund Jacobson utilizou o relaxamento muscular como tratamento para tensões de desordens psicológicas e físicas, trabalho este que serviu de base para o uso dessa técnica na atual proposta da terapia comportamental (Lucena-Santos, Pinto-Gouveia, & Oliveira, 2015).

De modo geral, a terapia comportamental — considerada a primeira onda das terapias comportamentais e cognitivas — utilizava terapias testadas cientificamente, e

seu estudo era voltado ao comportamento e desenvolvimento das leis de aprendizagens (Lucena-Santos, Pinto-Gouveia, & Oliveira, 2015). Mas o foco dado apenas à mudança comportamental foi percebido como insuficiente para a eficácia terapêutica, e a terapia comportamental foi dando lugar a uma segunda onda de abordagem, que considerava, também, a cognição humana, qual seja: a terapia cognitiva, que veio a ser a TCC (Hayes & Pistorello, 2015).

Segunda onda — terapia cognitivo-comportamental. Em 1956, Aaron Beck, psiquiatra e psicanalista atuante com formação completa, desenvolveu um trabalho de pesquisa sobre os pressupostos psicanalíticos da depressão. Com isso, iniciou a história da segunda onda das terapias cognitivas e comportamentais. Considerando que indivíduos deprimidos retratavam uma “hostilidade retrofletida”, ele empreendeu esforços para validar a psicanálise com uso de experimentos. Porém, suas observações e conclusões levaram-no a outras explicações (Beck, 2013). Como se lê em Hofmann (2014), Beck identificou crenças negativas e distorcidas que pareciam surgir espontaneamente como características da depressão e as nomeou de pensamentos automáticos, que se baseiam em crenças centrais denominadas esquemas que a pessoa tem em relação a si, ao mundo e ao futuro. Os pensamentos automáticos contribuem para uma avaliação cognitiva mal adaptativa, levando a uma resposta emocional.

O modelo de tratamento inicial utilizado por Beck forneceu os pilares para a fundamentação de uma terapia com base cognitiva, que tem seu marco inaugural no início da década de 60. Os estudos de Beck avançaram, de modo que ele começou a ensinar e a utilizar essa abordagem como forma de tratamento. Após a constatação de sua eficácia com pacientes depressivos, Beck e seus adeptos começaram a estudar a ansiedade e verificaram que o enfoque com pacientes ansiosos tinha um viés diferente. Os pacientes que apresentavam ansiedade precisavam avaliar melhor o risco das situações que temiam. Além disso, precisavam reduzir a evitação e enfrentar as situações temidas, testando os pensamentos negativos. Desde então, os modelos cognitivos de tratamento dos transtornos psiquiátricos vêm sendo aperfeiçoados (Hofmann, 2014).

O modelo cognitivo propõe que o pensamento disfuncional interfere no humor e no pensamento do paciente, situação frequente a todos os transtornos psicológicos. Quando o indivíduo aprende a avaliar seu pensamento, de modo mais realista e adaptativo, ele tem um progresso em seu estado emocional e no comportamento (Beck, 2013).

Outro autor importante no contexto de desdobramentos da TCC foi Albert Ellis. Em 1955, ele desenvolveu a terapia racional-emotivo-comportamental (TREC), pois estava descontente com a atuação psicanalítica, integrando conceitos filosóficos com psicológicos para ampliar um processo de terapia com princípio na tolerância e na eficiência clínica. É inquestionável seu pioneirismo nas abordagens cognitivas em psicoterapias. Ellis, em 1976, afirmava que todos os indivíduos, até os mais

extraordinários e competentes, apresentam-se em situações de irracionalidades humanas, causando conturbações (“deverias”, “tenho-quês”) e são vistas assim pela sociedade e até culturalmente. A TREC pode ajudar seus pacientes a se converterem em menos conturbáveis mediante situações de adversidades (Knapp, 2004).

Ellis propôs um modelo denominado “ABC dos distúrbios emocionais”, também abrangendo “D” e ocasionalmente “E”. “A” são acontecimentos ativadores; “B”, crenças e ideias — ou seja, avaliações e interpretações de “A”; e “C”, as consequências das crenças em “A”. “D” é o debate (ou questionamento) das crenças irracionais, e “E” são efeitos do debate ou do questionamento das crenças irracionais. São utilizadas várias técnicas cognitivas emocionais e comportamentais. Uma das principais é a disputa das crenças irracionais do paciente, por meio de um questionamento após identificar suas crenças, diferenciando as racionais das irracionais e buscando enfraquecer a irracionalidade de sua crença. Outras técnicas aplicadas na TREC incluem imaginação racional-emotiva, cartões de enfrentamento e várias técnicas comportamentais (Knapp, 2004).

A TCC baseia-se no princípio de que a inter-relação da cognição com a emoção e o comportamento está envolvida no desempenho do ser humano e, em especial, na psicopatologia. Acontecimentos frequentes do cotidiano podem gerar formas distintas de sentir e agir de pessoa para pessoa. Mas não é o acontecimento que concebe as emoções e os comportamentos; antes, é o que pensamos sobre o sucedido. Fatores genéticos, culturais, ambientais, físicos, familiares, de desenvolvimento e de personalidade, dentre outros, podem predispor o indivíduo à vulnerabilidade cognitiva. Desse modo, as interações e interfaces de todos esses fatores entram em jogo na constituição das crenças (Knapp, 2004).

Terceira onda — abordagens cognitivas e comportamentais. Na década de 90, o aparecimento de propostas diversificadas e inovadoras na aplicação da TCC delineou a terceira onda. Dessa forma, as terapias cognitivas comportamentais têm formulado, em sua base teórica, princípios, métodos e técnicas com eficácia de resultados, que se ampliam e se desenvolvem aos poucos. Steven Hayes é considerado o fundador dessa nova onda (Lucena-Santos, Pinto-Gouveia, & Oliveira, 2015). As terapias cognitivas e comportamentais da terceira geração são, portanto, abordagens emergentes que trouxeram grandes contribuições teóricas e inovações.

No livro *Terapias com portamentais de terceira geração: guia para profissionais*, as autoras enumeram as abordagens principais da terceira onda: terapia de aceitação e compromisso, terapia dos esquemas, terapia cognitiva baseada em *mindfulness*, terapia focada na compaixão, terapia comportamental dialética e terapia comportamental integrativa de casais (Lucena-Santos, Pinto-Gouveia, & Oliveira, 2015). No livro *Estratégias psicoterápicas e a terceira onda em terapia cognitiva*, Melo (2014) também aponta essas abordagens e acrescenta a terapia cognitiva processual e a terapia metacognitiva.

Desse modo, a gama de teorias, métodos e técnicas da terceira geração reúne

as abordagens que se valem dos pressupostos da TCC, segundo as quais a atividade cognitiva afeta a emoção e o comportamento e pode ser alterada e monitorada (Menezes, Klamt-Conceição, & Melo, 2014). Convém comentar as abordagens da terceira onda mais pesquisadas e presentes na literatura atual.

Terapia do esquema. Abordagem de maior projeção, a terapia do esquema surgiu como modalidade de tratamento para transtornos de personalidade e expandiu suas fronteiras, de modo a abarcar transtornos severos e fixados resolvidos na TCC padrão. Exemplos incluem transtornos de humor, ansiedade, depressão, transtornos alimentares e uso excessivo de álcool e drogas (Cazassa & Oliveira, 2008).

O tratamento pode ser breve ou de médio e longo prazo. Depende do paciente. A terapia do esquema dá ênfase maior à investigação das origens infantis e adolescentes dos problemas psicológicos. Vale-se de técnicas emotivas e considera a natureza da relação entre terapeuta e paciente, além de estilos desadaptativos de enfrentamento. Também busca reduzir sintomas e estimular o desenvolvimento de habilidades para a solução de problemas (Cazassa & Oliveira, 2008).

A estruturação e sistematização da terapia do esquema integram técnicas de várias escolas. Seu enfoque mescla elementos das escolas cognitivo-comportamental, da Gestalt, das relações objetivas construtivista e psicanalítica em um modelo conceitual e de tratamento. O processo terapêutico acontece com uma sequência de procedimentos de avaliação e tratamento. A fase da avaliação supõe a administração de inventários que medem esquemas e estilos de enfrentamento. O tratamento é ativo e diretivo, considera o *insight* e a mudança cognitiva emotiva interpessoal e comportamental. Enfim, cabe dizer que a terapia do esquema é utilizada, também, na terapia de casais, ajudando-os a entender e a curar seus esquemas (Young, Klosko, & Weishaar, 2008).

Compreender tal terapia requer entender o que são os esquemas desadaptativos. Conforme se pode ler em Nabinger (2016, que cita Young, 2003), esses esquemas são estruturas estáveis e duradouras da personalidade que se desenvolvem previamente e se encontram ligadas a psicopatologias diversas. Formam-se na infância ou na adolescência e manifestam reações emocionais e corporais ligadas a elementos biológicos. Com os avanços da neurociência, estudos recentes apontam para possíveis mecanismos de desenvolvimento e formação desses padrões desadaptativos emocionais e cognitivos. Sobre as memórias traumáticas da infância, acredita-se que a rede cerebral está associada a condicionamentos do medo e de traumas, os principais focos da terapia do esquema.

Os pacientes têm pouco conhecimento sobre seu funcionamento cognitivo, por causa da característica egossintônica dos esquemas, e podem apresentar dificuldades para identificar e expressar seus problemas. Além disso, a formação dos esquemas acontece antes do desenvolvimento da linguagem, o que dificulta ao paciente expressar em palavras a sensação esquemática. O terapeuta precisa, então, ajudá-lo a entendê-los, racional e emocionalmente, acessando as emoções relacionadas

com tais esquemas. Acessá-los exige, do profissional, habilidade para desmontar estratégias de enfrentamento desadaptativas utilizadas pelo paciente para se proteger do sofrimento emocional provocado pelo esquema. Há casos que serão resolvidos em poucas sessões. Há casos que demandarão mais tempo, sobretudo nos pacientes que fazem uso da estratégia de hipercompensação e evitação (Paim & Copetti, 2016).

Terapia comportamental dialética. Surgida no início da década de 90, a terapia comportamental dialética teve orientação inicial para o tratamento de mulheres com transtorno da personalidade *borderline* e pacientes que apresentavam comportamentos suicidas graves (Melo, 2014). De acordo com o *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais — DSM — V —* (Associação Psiquiátrica Americana, 2014), esse transtorno apresenta um padrão difuso de instabilidade nos relacionamentos interpessoais, nos afetos e na autoimagem, com impulsividade acentuada, que surge no começo da vida adulta e está presente em vários contextos. Sujeitos com esse transtorno tentam de tudo para evitar o abandono real ou imaginado.

A abordagem se desenvolveu após sua criadora, Marshal M. Linehan, defrontar-se com numerosas dificuldades no tratamento desses pacientes, dado o grau de instabilidade deles. Como Linehan tinha interesse pessoal em entender a personalidade *borderline*, ela estudou como esse tema havia sido discutido em abordagens teóricas diferentes até então disponíveis. Assim, deu início a um tratamento estruturado que reúne elementos de abordagens teóricas variadas para o manejo de crises (Melo, 2014).

Para compreender como Linehan desenvolveu essa terapia ou esse tratamento, é necessário o entendimento das bases de seu desenvolvimento. Ela iniciou seus estudos e trabalhos com a terapia comportamental padrão. Por causa disso, pode-se afirmar que a base da terapia comportamental dialética são os pressupostos teóricos do comportamentalismo. Entretanto, durante seu trabalho com a terapia comportamental sob a supervisão de Gerald Davidson e Marvin Goldfried, ela percebeu que, dada a natureza dos problemas que esses pacientes impunham, era preciso ajustar as estratégias de mudanças comportamentais aliando-se com algumas estratégias terapêuticas das terapias psicodinâmicas, da Gestalt terapia, da abordagem centrada na pessoa, das abordagens de psicoterapias paradoxais, da abordagem dialética e dos elementos do zen budismo (Dornelles & Sayago, 2015). De acordo com Dornelles e Sayago (2015), essa junção de estratégias terapêuticas resultou em uma abordagem de tratamento resistente e bem alicerçada sobre seus princípios, além de ser efetiva o bastante para se tornar uma psicoterapia sólida e ser flexível para lidar com pacientes que costumam apresentar problemas múltiplos e complexos; por exemplo, risco intenso de suicídio e sensibilidade emocional elevada, ambas causas de muito estresse em seus terapeutas.

O tratamento com terapia comportamental dialética é feito por psicoterapia individual, psicoterapia de grupo (treinamento de habilidades), consultoria por telefone, reuniões de consultoria para os terapeutas e outros tratamentos auxiliares. Existe

outra possibilidade não obrigatória, que é a realização de psicoterapia de grupo com os familiares. Nota-se que, ao analisar todas as demandas dessa terapia, fica evidente a necessidade de composição de uma equipe qualificada que possibilite aplicá-la de forma ética, comprometida e efetiva (Dornelles & Sayago, 2015).

Terapia de aceitação e compromisso. Provavelmente uma das mais conhecidas e estudadas abordagens da terceira onda, a terapia de aceitação e compromisso advém dos modelos cognitivo e comportamental. O fundador principal da abordagem é Steven C. Hayes, para quem, mesmo que o sujeito experimente pensamentos distorcidos e emoções desconfortantes, é possível operar de maneira mais criativa na vida (Pergher & Melo, 2014). Na visão de Friary (2015), é uma terapia comportamental que objetiva reduzir o sofrimento humano utilizando-se de processos de aceitação e do *mindfulness* para alcançar mudanças significativas. O sujeito é convidado a entrar em contato com os aspectos internos de seu psiquismo.

Como se lê em Pergher e Melo (2014, que citam Harris, 2009), a terapia de aceitação e compromisso propõe que o indivíduo aceite os eventos que estão fora de seu controle, seja no mundo interno ou externo, e estabeleça compromissos de “praticar ações” que sejam significativas para melhorar a qualidade de vida. Na visão de Roemer e Orsillo (2010), aceitar significa admitir o que acontece em vez de tentar fazer com que as coisas sejam diferentes. Aceitar é reconhecer os pensamentos, os sentimentos e as sensações que surgem; e é saber que evitá-los não resolve. Em vez de tentar controlar nossas experiências internas, devemos buscar uma postura aberta e compassiva. Aceitar é entrar em contato com a realidade existente, sendo um processo de constante evolução.

Segundo Pergher e Melo (2014), a terapia de aceitação e compromisso fundamenta-se nos pressupostos da teoria de quadro relacional e considera que a linguagem é essencial para a compreensão do sofrimento humano. Essa teoria retrata as relações entre os estímulos. Quando duas relações são aprendidas, manifestam outras relações que não foram treinadas pela expressão verbal. Assim, estabelecer duas relações entre três estímulos gera outras sete relações. As relações que surgem sem treinamento são características dos seres humanos e tornam o aprendizado mais acelerado.

Para a terapia de aceitação e compromisso, a psicopatologia denota comportamentos problemáticos advindos de situações adversas ou desfavoráveis. Em nossa sociedade, aprendemos que a felicidade deve ser ativamente buscada e que a tristeza deve ser reprimida. Porém, ambas fazem parte da nossa história de vida e deveriam ser naturalmente experimentadas. Todos os pensamentos, os sentimentos, as sensações e as memórias que negamos ou evitamos deixam de ser passíveis de controle efetivo; e é exatamente esta tentativa que nos leva a produzir distúrbios mentais. A terapia não pretende eliminar nenhum evento encoberto; ao contrário, tem como objetivo treinar o indivíduo para lidar com eventos negativos tão bem quanto lida com os eventos positivos. Propõe o esclarecimento de valores, o planejamento e

a execução de comportamentos em direção à mudança de contexto (Saban, 2015a).

A terapia de aceitação e compromisso enfatiza que a psicopatologia surge como consequência dos efeitos provocados pela inflexibilidade psicológica ou quando o comportamento do indivíduo não está contribuindo para a produção de sentidos ao longo da vida. Os valores pessoais dão à vida um senso de propósito, visto que apontam para uma direção a ser seguida. Portanto, é necessário ter valores bem definidos. Se isso não ocorrer, então experimentaremos uma inflexibilidade psicológica, pois o nosso comportamento seria determinado por contingências imediatas. A terapia busca ajudar o paciente a viver de acordo com seus valores; caso contrário, não teria sentido aceitar a realidade indesejada (Pergher & Melo, 2014).

A inação, a impulsividade ou a persistência evitativa são formas que o indivíduo tem de expressar seu repertório comportamental limitado e inflexível. Isso ocorre em razão das tentativas que faz de não entrar em contato com os eventos internos aversivos; porém essa forma de agir impossibilita o indivíduo de caminhar em busca do que deseja. Como se pode inferir do que se lê em Pergher e Melo (2014, citando Hayes et al. 2013), as intervenções da terapia de aceitação e compromisso levam o paciente a abandonar seus comportamentos motivados pela evitação experiencial em função daqueles que contribuem para a construção de uma vida significativa.

Para Saban (2015a), essa terapia se vale da aceitação, da escolha, da ação e de ferramentas para compreender a psicopatologia e alcançar objetivos terapêuticos, ensinando o paciente a aprender com a sua própria vida e a se tornar autônomo. A aceitação é a resposta de como lidar com os eventos encobertos aversivos. Quanto aos eventos que não são passíveis de controle, a forma de manejar é não apresentar resistência para que venham e sejam expressos, amenizando o sofrimento. Realizar uma escolha contribui para o aprendizado, assim como considerar a história de vida e avaliar os erros para não repeti-los, em busca da tomada de decisões mais assertivas. Como ferramenta, propõe-se reduzir formas de controle verbal, neutralizando seu domínio e fazendo da experiência o foco. Também são utilizados paradoxos, metáforas e exercícios diversos.

Pergher e Melo (2014) apontam como aspecto central na terapia de aceitação e compromisso o ato de levar o sujeito a aceitar os eventos negativos sem se esquivar, sem controlar as emoções e sem lutar contra elas. Aceitar não significa concordar; antes, é compreender a natureza das coisas sem confrontá-las. Nesse sentido, foram desenvolvidos seis modelos de intervenção: aceitação; defusão cognitiva; self-como-conteúdo; ação comprometida; definindo direções valorizadas; e contato com o momento presente. Esses processos são trabalhados com o intuito de promover a flexibilidade psicológica por visar estabelecer um equilíbrio entre as estratégias de mudanças comportamentais nas áreas possíveis ou necessárias (Friary, 2015). Esses modelos estão descritos a seguir.

Aceitar é o caminho da libertação. Sempre que uma pessoa não faz aquilo que se propôs em um nível mais profundo, não vive como gosta. É preciso treinar com

essas sensações. Este é o poder da libertação: deixar que as sensações cheguem, assistir a sua passagem, sentir as emoções do momento (Saban, 2015b).

Na difusão cognitiva, o terapeuta situa o paciente quanto aos pensamentos que emergem. Demonstra que não necessariamente correspondem à realidade. Esse situar leva o paciente a buscar, sempre que for necessário, novas formas de interpretar a realidade (Pergher & Melo, 2014).

A ação comprometida tem como objetivo criar e manter mudanças comportamentais de acordo com os valores pessoais do paciente. As ações com compromisso são guiadas pelos valores; e estes, por vezes, podem desencadear eventos internos desagradáveis. As barreiras principais incluem a dor, o trauma e a vitimização. Cabe ressaltar, porém, que o perdão e a autoaceitação colaboram para dar continuidade às ações de modo comprometido; também podem minimizar as tentativas de controle dos eventos internos (Saban, 2015a). Segundo Saban, na definição de direções valorizadas, os indivíduos adotam valores; mas estes, muitas vezes, não são bem elaborados. Na terapia, é importante explicar para o paciente o quão significativos são os valores para que ele possa praticar ações, estabelecer objetivos e até defini-los. Como características dos valores, podem ser citadas a abertura para a vulnerabilidade, a vitalidade e a orientação pelo momento presente, também o exercício da escolha. Entrar em contato com o presente envolve uma noção de si (*self*) como contexto. Estar no presente nos torna mais sensíveis às contingências e mais habilidosos para nos comportarmos de maneira mais eficaz (Saban, 2015a).

Terapia focada na compaixão. Quase 25 anos atrás, na universidade de Derby, na Inglaterra, o então professor doutor de Psicologia Clínica Paul Gilbert desenvolveu a terapia associada com a compaixão. É uma terapia integrada que se vale de processos e intervenções variados de outras terapias para garantir que o paciente fique menos hostil consigo e que cultive a motivação compassiva para o processo de mudança. Conforme Vogel e Matsumoto (2015), Gilbert enfatizou a capacidade humana de ruminar, pensar, imaginar, monitorar e ter autoconsciência, de interagir com motivações e emoções antigas, de estar apto a se libertar de aprisionamentos irracionais e tipos de pensamentos inúteis.

As intervenções específicas da terapia focada na compaixão, segundo Vogel e Matsumoto (2015), iniciaram-se com a prática de criar tons e texturas emocionais úteis e favoráveis à adoção de pensamentos alternativos. Seus praticantes adquirem novos comportamentos e formas de enfrentamentos, procurando desenvolver uma voz interior calorosa e amorosa. Seu fundamento é modelo evolutivo da mente, no modelo social construcionista (segundo o qual o senso do eu também é feito de circunstâncias sociais) e na compreensão da natureza funcional das emoções (que descreve como interagem). O foco é o treino da mente no qual o terapeuta promove a compaixão: demonstra seus atributos e suas habilidades a fim de desenvolver uma relação compassiva consigo.

O processo terapêutico busca acrescentar o sentimento de segurança perante

as ameaças e equilibrar a forma de agir dos sistemas de regulação do afeto, proporcionando ativação do sistema de afiliação, calor e afeto. Também procura desenvolver competências de autocompaixão e autotranquilização para que o paciente possa reduzir seus níveis elevados de vergonha e o uso da autocrítica (Rijo et al., 2014).

De acordo com Melo (2014), a terapia focada na compaixão une vários conceitos originados da psicologia evolucionista e tem sido utilizada no tratamento de transtornos depressivos, da ansiedade e em psicóticos; sua aplicação — dizem os autores — pode ser individual e grupal.

É uma abordagem inovadora em comparação à terapia cognitiva padrão porque não busca mostrar a disfuncionalidade do pensamento ou do estilo de processamento de informações do paciente; antes, busca entender quando e como este se fixou em formas inúteis visando à melhoria nos sentimentos de segurança perante as ameaças.

Terapia cognitiva processual. Única abordagem brasileira de tratamento da terceira onda das terapias cognitivas e comportamentais, a terapia cognitiva processual foi desenvolvida por Irismar Reis de Oliveira, da Universidade Federal da Bahia. Ele se baseou em um romance de Franz Kafka; daí que suas técnicas fazem analogia a um processo jurídico, em que o terapeuta convida o paciente a colocar as crenças nucleares negativas em julgamento perante personagens internos. Em essência, seu modelo é o da TCC; porém, propõe uma forma mais organizada de trabalhar técnicas diversas e segundo instrumentos de avaliação próprios.

Essa abordagem desenvolveu um dispositivo gráfico intitulado diagrama de conceituação cognitiva pelo qual terapeuta e paciente podem compreender o tratamento do início ao fim; também possibilita uma visão mais exata das técnicas e da continuação de seu uso. Conforme se lê em Oliveira e Landeiro (2014, que citam Oliveira, 2012), ao compreender o processo, o paciente pode elevar seu nível de aceitação do tratamento, o que tende a aumentar as chances de êxito.

As duas técnicas principais da terapia desenvolvida por Irismar Reis são o “registro de pensamentos baseado no processo” e a “consciência metacognitiva baseada no processo”. Ambas foram desenvolvidas e estruturadas para modificar as crenças nucleares e disfuncionais e consolidar as crenças nucleares positivas. Oliveira e Landeiro (2014, citando Oliveira, 2011) dizem que, perante certas crenças nucleares disfuncionais encobertas, pode-se realizar o papel primário na manifestação de vários sintomas cognitivos, afetivos e comportamentais.

Oliveira (2016) disse que sua abordagem objetiva identificar dificuldades, estabelecer metas e explicar o modelo cognitivo, utilizando princípios da TCC. Porém, ele se vale de conceitos, métodos, técnicas e questionários próprios para acessar os fatores internos do paciente com clareza e precisão. Outro fator importante é a conceituação de caso, que serve para descrever e explicar ao paciente os fatores que provocam e mantêm os problemas psicológicos.

A terapia cognitiva processual auxilia o paciente a conseguir modificar e

identificar pensamentos e expressões emocionais disfuncionais. Assim, o trabalho de reorganização das crenças é importante para obter resultados mais constantes e duráveis. O diagrama de conceituação tem a utilidade de fazer o paciente entender os comportamentos relevantes que diminuem a ansiedade. Dessa forma, percebe-se que essa abordagem tem como propósito levar o paciente a reunir evidências contra a visão negativa de si, importantes para ressignificar esses elementos e buscar elementos positivos. O terapeuta incentivará o paciente a manter, ativas, as crenças positivas através de observação e registro dos fatos (Oliveira & Landeiro, 2014).

Terapia comportamental integrativa de casais. Mudanças sociais ocorridas no início do século XX, sobretudo aquelas ligadas a valores associados com a modernidade, trouxeram novos paradigmas e explicações que subjazem à terapia comportamental de casais e da família. Segundo Vandenberghe (2015), o bom funcionamento do casal era, até então, pensado do ponto de vista operante e observável pela terapia comportamental, com vistas a beneficiar cada um dos parceiros. O terapeuta tinha como meta auxiliar o casal a estabelecer um padrão eficiente de trocas e reforços positivos. Ainda segundo esse autor, os teóricos sistêmicos acreditavam que o comportamento sintomático era consequência dos comportamentos inadequados, que deveriam ser compreendidos como significado simbólico.

Diante dessas concepções, a abordagem da terapia familiar inovou e ganhou importância pelo fato de especificar os problemas familiares em termos concretos e observáveis, importantes para planejar estratégias terapêuticas conforme os objetivos desejados. Como se pode ler em Dattilio (2011, que cita Fallon & Lillie, 1988), ela pode ser adaptada de acordo com a demanda do casal, por considerar quais são seus objetivos, o contexto em que estão inseridos, as emoções e os problemas recorrentes da relação.

De acordo com Vandenberghe (2015), os trabalhos de Jacobson e Christensen marcaram o início da terapia comportamental de casais: concluíram que propostas utilizadas antes não davam importância à aceitação e ao acolhimento dos problemas que fazem parte da dinâmica de um relacionamento; apenas buscavam mudar os parceiros. Nesse sentido, o autor sugere princípios a ser considerados pelo terapeuta de casal e da família; por exemplo: *promover* a aceitação para gerar a tolerância às respostas aversivas relacionadas ao contexto; *ênfatizar*, durante as sessões, as conotações positivas do comportamento problemático; *propor* dramatizações e ensaios de comportamento negativo para promover a tolerância a esse tipo de comportamento; *facilitar* a comunicação e ajudar a entender o problema como algo que ocorre com o casal e com a família e não como algo que é culpa do parceiro ou de determinado membro da família; *validar* a diferença de opiniões entre os indivíduos envolvidos como sendo uma riqueza; enfim, *utilizar* técnicas como o treinamento de habilidades de comunicação e o de solução de problemas, que servem para preparar as pessoas a fim de que enfrentem eventuais dificuldades e desafios que possam surgir após o término da terapia.

A terapia metacognitiva. A partir dos modelos mais difundidos de terapia cognitiva de Beck e da terapia racional emotiva comportamental, de Albert Ellis, Adrian Wells propôs a terapia metacognitiva, que tem sido efetiva em casos de transtorno de ansiedade generalizada, transtorno obsessivo-compulsivo, transtornos de estresse pós-traumático e transtorno depressivo maior (Hirata & Rangé, 2014). Baseia-se na premissa de que as cognições fundamentam a compreensão e a manutenção dos transtornos.

Entretanto, enquanto a terapia de Aaron Beck enfoca o conteúdo dos pensamentos automáticos e das crenças, a abordagem Ellis busca construir cognições sobre cognições, ou seja, levar o paciente a atentar, conhecer, perceber e pensar sobre as informações processadas através da percepção (Hirata & Rangé, 2014). Desse modo, essa abordagem considera os processos mentais e procura treinar os indivíduos para o manejo de suas cognições de forma mais adaptativa.

A diferença maior entre a terapia cognitiva convencional e esse modelo de intervenção é que a ênfase no conteúdo das crenças centrais dá lugar ao entendimento dos processos envolvidos na atividade cognitiva. A abordagem busca, portanto, influenciar as emoções e os comportamentos subjacentes (Melo, 2014).

Mindfulness. A ideia de *mindfulness* deriva da filosofia budista. A palavra designa uma qualidade mental a ser desenvolvida e cultivada através da prática da meditação. É um estado de presença mental e atenção plena. A meditação pode ser entendida como consciência clara do que está acontecendo no momento em que acontece, como se depreende do texto de Menezes, Klamt-Conceição e Melo (2014, citando Chiesa & Malinowski, 2011, e Gunaratana, 2005).

Entretanto, na *mindfulness*, a meditação é uma prática inerentemente clínica e relacionada com a psicologia, e não a religião, como dizem Menezes, Klamt-Conceição e Melo (2014). Dirige-se à percepção e ampliação da consciência dos processos internos. Entende-se que essa ampliação da consciência favorece a compreensão de que os processos são transitórios e que a falta de consciência acerca do automatismo com que se reage a eles leva ao sofrimento. O paciente pode, então, perceber, por meio da meditação, que muitos comportamentos e pensamentos, necessariamente, não refletem sua identidade propriamente dita. Tem crescido o interesse no uso de *mindfulness* no campo das psicoterapias e na investigação científica. A abordagem já está bastante disseminada no mundo, bem como se difundiu o conhecimento sobre seus benefícios em contextos diferentes (Menezes, Klamt-Conceição; & Melo, 2014). Desenvolvida para pacientes vulneráveis à recaída na depressão, tem sido testada para outras demandas terapêuticas como doenças oncológicas, síndrome da fadiga crônica, transtornos de ansiedade e estresse. É, portanto, uma prática terapêutica que encoraja a adoção de formas diversas de encarar as experiências sem julgamento (Rangé & Souza, 2015).

DISCUSSÃO

As terapias cognitivas e comportamentais passaram por modificações no decorrer de sua evolução. A primeira geração foi um movimento divergente das concepções clínicas predominantes na época. Despertou nos psicoterapeutas a investigação de caminhos mais efetivos. Na segunda geração, Aaron Beck e Albert Ellis procuravam mudar pensamentos negativos e irracionais relacionados com vários problemas psicológicos. Assim, a terapia cognitiva começou a influenciar a terapia comportamental, oferecendo a combinação de técnicas cognitivas e comportamentais, ganhando força e demonstrando eficácia para o tratamento de transtornos psicológicos. De tal modo, tornou-se a terapia cognitivo-comportamental a força dominante em psicoterapia em quase todo o mundo (Santos, Gouveia, & Oliveira, 2015).

O surgimento da terceira geração de terapias cognitivas e comportamentais se associou a pouca ênfase no papel contextual. Abordagens anteriores não se atentaram às causas ambientais e contextuais. Deram mais enfoque ao papel das cognições emocionais e comportamentais. Com isso, foram questionadas as estratégias cognitivas. Embora as terapias da terceira geração reconheçam a influência dos processos cognitivos em seus tratamentos terapêuticos, expressam-se como mais ecléticas na perspectiva técnica, com isso podem levar a resultados clínicos distintos (Santos, Gouveia, & Oliveira, 2015).

Para Vandenberghe e Assunção (2009), a variedade de técnicas propostas pelas abordagens da terceira onda ajudou a conceituar casos e alcançar um tratamento mais efetivo. Dentre as técnicas da terceira onda aqui mencionadas, destacam-se: *mindfulness*, prescrição gradual de tarefas, dessensibilização, treino de habilidades sociais, tarefas de casa, *feedback*, *role-play*, registro diário dos pensamentos disfuncionais, treino de respiração e relaxamento, método socrático e técnica de exposição e enfrentamento. Oliveira e Landeiro (2014) destacam duas técnicas específicas: o registro de pensamentos baseado no processo e a técnica da consciência metacognitiva baseada no processo.

Para Wright, Basco e Thase (2008), a reestruturação e a psicoeducação são estratégias gerais de tratamento que caminham juntas nas abordagens de terceira onda, pois são processos terapêuticos que influenciam a habilidade de aprendizagem. A reestruturação cognitiva pode ser usada para modificar pensamentos mal adaptativos e esquemas; enquanto a psicoeducação é direcionada para ensinar o paciente sobre os conceitos do modelo cognitivo, o que contribui para que ele obtenha informações sobre o transtorno em questão. As metas gerais da reestruturação e educação vão proporcionar esperança, impulsionar o processo de aprendizagem, melhorar a eficácia da terapia e apoiar o paciente a adquirir o desenvolvimento de habilidades de enfrentamento eficazes.

Pode-se constatar, portanto, que a estrutura e o planejamento dos atendimentos utilizando as terapias cognitivas e comportamentais são flexíveis: consideram a

demanda específica de cada paciente e podem ser adaptadas a tipos variados de transtornos. A flexibilidade das terapias de terceira onda se aplica, também, a realidades socioeconômicas e culturais diferentes. A terapia de aceitação e compromisso, por exemplo, tem sido evidenciada como método terapêutico eficaz em vários contextos, inclusive em outros ambientes que não os clínicos. Isso sugere que a adaptabilidade dessa abordagem a necessidades e situações variadas (Friary, 2015).

Para promover a flexibilização metodológica, o psicólogo precisa conceituar cada caso, buscando uma aliança terapêutica que demanda a participação colaborativa do paciente. A proposta terapêutica é orientada por objetivos predeterminados, elaborados com vistas à solução de problemas. A intenção é ensinar o paciente a se auto-observar para se tornar seu próprio terapeuta, ou seja, ter aptidão para avaliar, identificar e responder a seus pensamentos, seus comportamentos e suas crenças disfuncionais usando uma variedade de técnicas. Essa possibilidade contribui para a prevenção de recaídas, o preparo para lidar com desafios vindouros e para a promoção de satisfação pessoal (Wright, Basco, & Thase, 2008).

Um ponto em comum entre as abordagens da terceira onda é o fato de estarem todas embasadas nos princípios fundamentais da TCC proposta por Beck (2013), visto que utilizam sua estrutura de planejamento para elaborar metodologia terapêutica. Assim, as terapias da terceira onda são estruturadas de modo a ter curta duração — o que pressupõe redução nos custos financeiros — e se voltarem ao presente e à mudança de pensamentos inúteis ou inadequados (disfuncionais). Além disso, são baseadas na compreensão de cada paciente — suas crenças e seus padrões de comportamento — para não só buscar modificar diversamente a cognição (pensamentos e crenças), mas também produzir mudança emocional e comportamental duradoura.

Friary (2015) afirma que as terapias de terceira geração adotam um enfoque mais comportamental, consideram o contexto e as experiências do sujeito e têm como objetivo a construção de repertórios efetivos. A ampliação constante das possibilidades das TCCs leva a acreditar que a razão seja seu caráter focal, breve, objetivo e empírico. O aprimoramento da abordagem promove a melhoria da qualidade de vida dos pacientes e seu bem-estar psíquico e subjetivo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As terapias da terceira onda apresentam propostas aprimoradas, cunhando terminologias, criando formas de intervenções e de aplicações e enriquecendo a prática clínica em contextos distintos. Consideram o contexto em que os problemas psicológicos se desencadeiam e contribuem para o entendimento das patologias psicológicas e a construção de terapêuticas cada vez mais efetivas e acessíveis a uma parcela cada vez maior da população. Ampliada e aprimorada pela terceira onda de terapias, a terapia cognitivo-comportamental padrão pode ser utilizada, com sucesso, por profissionais psicólogos porque possibilita o desenvolvimento emocional,

psíquico e social de pacientes, ou seja, permite torná-los mais assertivos e aptos à tomada de decisões. Além disso, por integrar conceitos e técnicas de modo eclético, tem demonstrado resultados não só satisfatórios e validados para tratar transtornos psicológicos, mas também eficazes em populações diferentes, independentemente de níveis socioeconômicos, educacionais e culturais. Recomenda-se que novos levantamentos bibliográficos sejam realizados para caracterizar, com mais detalhes, os aspectos teóricos e práticos relacionados com a evolução das três gerações de terapias cognitivas e comportamentais, considerando a ainda escassa produção científica nacional sobre o tema.

REFERÊNCIAS

- Associação Psiquiátrica Americana. (2002). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais DSM — V*. (4ª ed.). Porto Alegre, RS: Artes Médicas.
- Barbosa, J. I. C. & Borba, Aécio. O surgimento das terapias cognitivo comportamentais e suas consequências para o desenvolvimento de uma abordagem clínica analítico-comportamental dos eventos privados. *Rev. Bras. de Ter. Comp. Cogn.*, XII (1/2), 60–79. ISSN 1982-3541
- Beck, J. S. (2013). *Terapia cognitiva: teoria e prática* (2ª ed.). Porto Alegre, RS: Artes Médicas.
- Cazassa, M. J. & Oliveira, M. S. (2008). Terapia focada em esquemas: conceituação e pesquisas. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 35(5), 187–195. <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-60832008000500003>.
- Dattilio, F. M. (2011). *Manual de terapia cognitivo-comportamental para casais e família*. Porto Alegre, RS: Artmed.
- Dornelles, V. G. & Sayago, C. W. (2015). Terapia comportamental dialética: princípios e bases do tratamento. In P. Lucena-Santos; J. Pinto-Gouveia; & M. S. Oliveira (Orgs.). *Terapias comportamentais de terceira geração: guia para profissionais*. (pp. 440–73). Novo Hamburgo, RS: Sinopsys.
- Friary, V. (2015). Aplicabilidades da terapia de aceitação e compromisso. In P. Lucena-Santos; J. Pinto-Gouveia; & M. S. Oliveira (Orgs.). *Terapias comportamentais de terceira geração: guia para profissionais* (pp. 217–49). Novo Hamburgo, RS: Sinopsys.
- Hayes, S. C. & Pistorello, J. (2015). A terceira geração da terapia cognitiva e comportamental no Brasil e nos demais países de língua portuguesa. In P. Lucena-Santos; J. Pinto-Gouveia; & M. S. Oliveira (Orgs.). *Terapias comportamentais de terceira geração: guia para profissionais* (pp. 21–8). Novo Hamburgo, RS: Sinopsys.
- Hirata, H. P. & Rangé, B. P. (2014). Terapia metacognitiva. In W. V. Melo (Org.). *Estratégias psicoterápicas e a terceira onda em terapia cognitiva* (pp. 456–80). Novo Hamburgo, RS: Sinopsys.
- Hofmann, S. G. (2014). *Introdução à terapia cognitivo-comportamental contemporânea*. Porto Alegre, RS: Artmed.
- Knapp, P. (2004). *Terapia cognitivo-comportamental na prática psiquiátrica*. Porto Alegre, RS: Artmed.
- Lucena-Santos, P.; Pinto-Gouveia, J.; & Oliveira, M. S. (2015). Primeira, segunda e terceira geração de terapias comportamentais. In P. Lucena-Santos; J. Pinto-Gouveia; & M. S. Oliveira (Orgs.). *Terapias comportamentais de terceira geração: guia para profissionais* (pp. 29-58). Novo Hamburgo, RS: Sinopsys.
- Melo, W. V. (2014). *Estratégias psicoterápicas e a terceira onda em terapia cognitiva*. Novo Hamburgo,

RS: Sinopsys.

Menezes, C. B.; Klamt-Conceição, I.; & Melo, W. M. (2014). Mindfulness. In W. V. Melo (Org.). *Estratégias psicoterápicas e a terceira onda em terapia cognitiva* (pp. 209–37). Novo Hamburgo, RS: Sinopsys.

Nabinger, A. B. (2016). Psicoterapia e neurobiologia dos esquemas. In R. Wainer; K. Paim; R. Erdos; & R. Andriola (Orgs.). *Terapia cognitiva focada em esquemas* (pp. 27–38). Porto Alegre, RS: Artmed.

Oliveira, I. R. (2016). *Terapia cognitiva processual: manual para clínicos*. Porto Alegre, RS: Artmed.

Oliveira, I. R. & Landeiro, F. M. (2014). Terapia cognitiva processual. In W. V. Melo. (Org.). *Estratégias psicoterápicas e a terceira onda em terapia cognitiva* (pp. 396–434). Novo Hamburgo, RS: Sinopsys.

Paim, K. & Copetti, M. E. K. (2016). Estratégias de avaliação e identificação dos esquemas iniciais desadaptativos. In R. Wainer; K. Paim; R. Erdos; & R. Andriola, R. (Orgs.). *Terapia cognitiva focada em esquemas* (pp. 85–128). Porto Alegre, RS: Artmed.

Pergher, G. K. & Melo, W. V. (2014). Terapia de aceitação e compromisso. In W. V. Melo (Org.). *Estratégias psicoterápicas e a terceira onda em terapia cognitiva* (pp. 344–67). Novo Hamburgo, RS: Sinopsys.

Rangé, B., & Souza, I. C. W. (2015). Semelhanças e diferenças entre mindfulness e as técnicas cognitivas tradicionais no trabalho psicoterapêutico. In P. Lucena-Santos; J. Pinto-Gouveia; & M. S. Oliveira, (Orgs.). *Terapias comportamentais de terceira geração: guia para profissionais* (pp. 81–103). Novo Hamburgo, RS: Sinopsys.

Rijo, D.; Motta, C.; Silva, D. R.; Brazão, N.; Paulo, M.; & Gilbert, P. (2014). Terapia focada na compaixão. In W. V. Melo (Org.). *Estratégias psicoterápicas e a terceira onda em terapia cognitiva* (pp. 368–95). Novo Hamburgo, RS: Sinopsys.

Roemer, L. & Orsillo, S. M. (2010). *A prática da terapia cognitivo-comportamental baseada em mindfulness e aceitação*. Porto Alegre, RS: Artmed.

Saban, M. T. (2015a). *Introdução à terapia de aceitação e compromisso* (2ª ed.). Belo Horizonte, MG: Artesã.

Saban, M. T. (2015b). O que é terapia de aceitação e compromisso? In Lucena-Santos, J. Pinto-Gouveia & M. S. Oliveira (Orgs.). *Terapias comportamentais de terceira geração: guia para profissionais* (pp. 179–216). Novo Hamburgo, RS: Sinopsys.

Vandenberghe, L. & Assunção, A. B. (2009). Concepções de *mindfulness* em Langer e Kabat-Zinn: um encontro da ciência ocidental com a espiritualidade oriental. *Contextos Clínicos*, 2(2), 124–35. DOI: 10.4013/ctc.2009.22.07.

Vandenberghe, L. (2015). Terapia comportamental integrativa de casais. In Lucena-Santos; J. Pinto-Gouveia; & M. S. Oliveira (Orgs.). *Terapias comportamentais de terceira geração: guia para profissionais* (pp. 506–26). Novo Hamburgo, RS: Sinopsys.

Vogel, K. & Matsumoto, S. L. (2015). Terapia focada na compaixão? In Lucena-Santos; J. Pinto-Gouveia; & M. S. Oliveira (Orgs.). *Terapias comportamentais de terceira geração: guia para profissionais* (pp. 376–405). Novo Hamburgo, RS: Sinopsys.

Young, J. E.; Klosko, J. S.; & Weishaar, M. E. (2008). *Terapia dos esquemas: guia de técnicas cognitivo-comportamentais inovadoras*. Porto Alegre, RS: Artmed.

Wright, J. H.; Basco, M. R.; & Thase, M. E. (2008). *Aprendendo a terapia cognitivo-comportamental: um guia ilustrado*. Porto Alegre, RS: Artmed.

ÍNDICE REMISSIVO

A

Abordagem Centrada na Pessoa 116, 117, 118, 119, 126, 127, 134
Aborto Espontâneo 165, 166, 170, 173, 174, 175, 176, 177, 178, 179, 180
Adultização 63, 64, 65, 68, 69
Agressividade 70, 75, 76, 79, 80, 81, 83, 86, 87, 88, 89, 90
Agressores 91, 92, 93, 94, 95, 97
Atendimento Clínico 29, 79
Autismo 6, 26, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 45, 46, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 56, 58, 59, 60, 61, 223

B

Bullying 91, 92, 93, 94, 95, 96, 97, 98, 99

C

CAPS 181, 182, 183, 184, 186, 187, 188, 189, 190, 191, 192, 193, 194, 195, 196, 197
CBCL 1, 2, 5, 6, 7, 8, 9, 11
Coaching 198, 204, 205, 206, 211, 214
Continuum de Mudanças 116, 121
Contratransferências 101
Creche 53, 58, 62, 70, 71, 72, 73, 75, 76, 127
Criança 1, 4, 5, 6, 7, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 24, 25, 30, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 75, 76, 77, 79, 80, 81, 82, 83, 84, 85, 86, 87, 88, 89, 92, 93, 94, 95, 97, 108, 127, 148, 162, 169, 172, 186, 215, 216, 223
Curso de Administração 198, 210, 213, 214

D

Depressão 6, 7, 11, 82, 95, 131, 133, 140, 147, 161, 162, 163, 164, 165, 166, 167, 168, 169, 170, 171, 172, 175, 177, 178, 179, 191
Dialética 27, 28, 36, 47, 132, 134, 143

E

Educação Estruturante 51, 52, 55, 56
Educação Infantil 11, 12, 52, 60, 61, 70, 71, 72, 75, 77, 78, 79, 80, 84, 85
Educadores 32, 51, 52, 53, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 63, 70, 71, 72, 75, 76, 77, 83
Equoterapia 91, 92, 93, 95, 96, 97, 98

F

Falante 14, 15, 16
Fatores 11, 29, 35, 93, 94, 96, 98, 104, 111, 132, 138, 145, 149, 154, 155, 160, 161, 162, 163, 164, 165, 169, 170, 171, 172, 175, 200, 202, 204, 216
Formação Continuada 27, 30, 31

G

Gravidez 147, 161, 162, 163, 164, 165, 167, 169, 170, 172, 174, 175, 180

Grupo 7, 14, 31, 42, 43, 52, 53, 54, 55, 71, 92, 94, 113, 125, 134, 135, 150, 152, 153, 154, 155, 156, 157, 158, 165, 166, 167, 168, 171, 188, 189, 191, 195, 200, 203, 215

I

Inclusão 5, 27, 28, 29, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 55, 56, 94, 154, 163, 181, 182, 188, 213

Inclusão-exclusão 27

Infância 11, 51, 55, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 98, 133, 146

L

LGBT 150, 151, 152, 159

LRFFC 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 23, 24, 25

Luto 78, 171, 173, 175, 176, 177, 178, 179, 180

O

Ouvinte 14, 15, 16, 17

P

Perfil Comportamental 198, 199, 202, 203, 204, 205, 206, 207, 208, 209, 210, 211, 212, 214, 215

Primeira Infância 70, 71

Problemas de Comportamento 1, 3, 4, 5, 6, 7, 9, 10, 11, 12, 147

Projeto de Vida 150, 151, 152, 153, 156, 157, 158, 159, 177

Psicanálise 51, 52, 53, 56, 58, 61, 62, 70, 71, 72, 73, 74, 77, 78, 79, 80, 83, 84, 89, 90, 100, 101, 104, 105, 106, 108, 110, 112, 113, 114, 115, 131, 171

Psicologia 2, 6, 8, 12, 13, 14, 27, 38, 39, 40, 41, 42, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 63, 64, 68, 69, 70, 71, 72, 78, 79, 84, 90, 91, 93, 95, 98, 100, 115, 116, 117, 127, 128, 137, 138, 140, 145, 148, 150, 152, 158, 159, 160, 161, 163, 164, 166, 171, 172, 173, 174, 180, 181, 195, 196, 198, 205, 213, 215, 216, 217, 218, 219, 220, 221, 222, 223, 227

Psicologia Escolar 38, 39, 40, 41, 42, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 78

Q

QI 1, 4, 5, 7, 8, 9, 10, 11

R

Relações Familiares 173

S

SARAU 181, 182, 183, 188, 189, 190, 191, 192, 193, 194, 195, 197

Semblante 51, 52, 58, 59, 60, 61, 62

SON-R 1, 2, 5, 6, 7, 8, 9, 12

Supervisão 41, 45, 94, 100, 101, 102, 103, 104, 105, 106, 107, 108, 110, 111, 112, 113, 114, 115, 134

T

TEA 14, 15, 16, 17, 19, 38, 40, 42, 46, 47, 49, 223

Tendência à Realização 116, 117, 119

Terapia Cognitiva 131, 132, 138, 140, 141, 143, 144, 173

Terapia Comportamental 12, 129, 130, 131, 132, 134, 135, 139, 141, 143, 144, 173, 174, 175, 178

Terapias Cognitivas e Comportamentais 128, 130, 131, 132, 138, 141, 143

Terceira Onda 128, 129, 130, 132, 133, 135, 138, 141, 142, 143, 144

Transição de Gênero 150, 151, 152, 153, 154, 157, 158

Transtornos Mentais 3, 12, 128, 129, 130, 134, 143, 147, 169, 170, 173, 176, 183, 185, 186, 187

U

Usuários 157, 181, 182, 183, 186, 187, 188, 189, 190, 191, 192, 193, 194, 196, 197

