

A Psicologia em suas Diversas Áreas de Atuação 3

Tallys Newton Fernandes de Matos
(Organizador)



Atena
Editora
Ano 2020

A Psicologia em suas Diversas Áreas de Atuação 3

Tallys Newton Fernandes 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: Prof^a Dr^a Antonella Carvalho de Oliveira

Diagramação: Maria Alice Pinheiro

Edição de Arte: Luiza Batista

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

Prof^a Dr^a 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^a Dr^a Angeli Rose do Nascimento – Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro

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^a Dr^a Cristina Gaio – Universidade de Lisboa

Prof^a Dr^a 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

Prof. Dr. Gustavo Henrique Cepolini Ferreira – Universidade Estadual de Montes Claros

Prof^a Dr^a Ivone Goulart Lopes – Istituto Internazionale delle Figlie di Maria Ausiliatrice

Prof. Dr. Julio Candido de Meirelles Junior – Universidade Federal Fluminense

Prof^a Dr^a Keyla Christina Almeida Portela – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Mato Grosso

Prof^a Dr^a Lina Maria Gonçalves – Universidade Federal do Tocantins

Prof. Dr. Luis Ricardo Fernandes da Costa – Universidade Estadual de Montes Claros

Prof^a Dr^a Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte

Prof. Dr. Marcelo Pereira da Silva – Universidade Federal do Maranhão

Prof^a Dr^a Miranilde Oliveira Neves – Instituto de Educação, Ciência e Tecnologia do Pará

Prof^a Dr^a Paola Andressa Scortegagna – Universidade Estadual de Ponta Grossa

Prof^a Dr^a Rita de Cássia da Silva Oliveira – Universidade Estadual de Ponta Grossa

Prof^a Dr^a Sandra Regina Gardacho Pietrobon – Universidade Estadual do Centro-Oeste

Prof^a Dr^a 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

Prof^a Dr^a 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
Prof. Dr. Cleberton Correia Santos – Universidade Federal da Grande Dourados
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
Profª Drª Eysler Gonçalves Maia Brasil – Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira
Prof. Dr. Ferlando Lima Santos – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
Prof. Dr. Fernando José Guedes da Silva Júnior – Universidade Federal do Piauí
Profª Drª Gabriela Vieira do Amaral – Universidade de Vassouras
Prof. Dr. Gianfábio Pimentel Franco – Universidade Federal de Santa Maria
Profª Drª Iara Lúcia Tescarollo – Universidade São Francisco
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
Prof. Dr. Luís Paulo Souza e Souza – Universidade Federal do Amazonas
Profª Drª Magnólia de Araújo Campos – Universidade Federal de Campina Grande
Prof. Dr. Marcus Fernando da Silva Praxedes – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
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 Renata Mendes de Freitas – Universidade Federal de Juiz de Fora
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
Prof^a Dr^a 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^a Dr^a Luciana do Nascimento Mendes – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio Grande do Norte
Prof. Dr. Marcelo Marques – Universidade Estadual de Maringá
Prof^a Dr^a Neiva Maria de Almeida – Universidade Federal da Paraíba
Prof^a Dr^a Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte
Prof. Dr. Takeshy Tachizawa – Faculdade de Campo Limpo Paulista

Conselho Técnico Científico

Prof. Me. Abrãao Carvalho Nogueira – Universidade Federal do Espírito Santo
Prof. Me. Adalberto Zorzo – Centro Estadual de Educação Tecnológica Paula Souza
Prof. Me. Adalto Moreira Braz – Universidade Federal de Goiás
Prof. Dr. Adaylson Wagner Sousa de Vasconcelos – Ordem dos Advogados do Brasil/Seccional Paraíba
Prof. Me. André Flávio Gonçalves Silva – Universidade Federal do Maranhão
Prof^a Dr^a Andreza Lopes – Instituto de Pesquisa e Desenvolvimento Acadêmico
Prof^a Dr^a Andrezza Miguel da Silva – Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia
Prof. Dr. Antonio Hot Pereira de Faria – Polícia Militar de Minas Gerais
Prof^a Ma. Bianca Camargo Martins – UniCesumar
Prof^a Ma. Carolina Shimomura Nanya – Universidade Federal de São Carlos
Prof. Me. Carlos Antônio dos Santos – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Prof. Ma. Cláudia de Araújo Marques – Faculdade de Música do Espírito Santo
Prof^a Dr^a Cláudia Taís Siqueira Cagliari – Centro Universitário Dinâmica das Cataratas
Prof. Me. Daniel da Silva Miranda – Universidade Federal do Pará
Prof^a Ma. Daniela da Silva Rodrigues – Universidade de Brasília
Prof^a Ma. Dayane de Melo Barros – Universidade Federal de Pernambuco
Prof. Me. Douglas Santos Mezacas – Universidade Estadual de Goiás
Prof. Dr. Edwaldo Costa – Marinha do Brasil
Prof. Me. Eduardo Gomes de Oliveira – Faculdades Unificadas Doctum de Cataguases
Prof. Me. Eliel Constantino da Silva – Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita
Prof. Me. Euvaldo de Sousa Costa Junior – Prefeitura Municipal de São João do Piauí
Prof^a Ma. Fabiana Coelho Couto Rocha Corrêa – Centro Universitário Estácio Juiz de Fora
Prof. Dr. Fabiano Lemos Pereira – Prefeitura Municipal de Macaé
Prof. Me. Felipe da Costa Negrão – Universidade Federal do Amazonas
Prof^a Dr^a Germana Ponce de Leon Ramírez – Centro Universitário Adventista de São Paulo
Prof. Me. Gevair Campos – Instituto Mineiro de Agropecuária
Prof. Dr. Guilherme Renato Gomes – Universidade Norte do Paraná
Prof. Me. Gustavo Krahl – Universidade do Oeste de Santa Catarina
Prof. Me. Helton Rangel Coutinho Junior – Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro
Prof^a Ma. Jaqueline Oliveira Rezende – Universidade Federal de Uberlândia
Prof. Me. Javier Antonio Albornoz – University of Miami and Miami Dade College
Prof^a Ma. Jéssica Verger Nardeli – Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho
Prof. Me. Jhonatan da Silva Lima – Universidade Federal do Pará
Prof. Me. José Luiz Leonardo de Araujo Pimenta – Instituto Nacional de Investigación Agropecuaria Uruguay
Prof. Me. José Messias Ribeiro Júnior – Instituto Federal de Educação Tecnológica de Pernambuco

Profª Ma. Juliana Thaisa Rodrigues Pacheco – Universidade Estadual de Ponta Grossa
 Profª Drª Kamilly Souza do Vale – Núcleo de Pesquisas Fenomenológicas/UFPA
 Profª Drª Karina de Araújo Dias – Prefeitura Municipal de Florianópolis
 Prof. Dr. Lázaro Castro Silva Nascimento – Laboratório de Fenomenologia & Subjetividade/UFPR
 Prof. Me. Leonardo Tullio – Universidade Estadual de Ponta Grossa
 Profª Ma. Lilian Coelho de Freitas – Instituto Federal do Pará
 Profª Ma. Liliani Aparecida Sereno Fontes de Medeiros – Consórcio CEDERJ
 Profª Drª Lívia do Carmo Silva – Universidade Federal de Goiás
 Prof. Me. Lucio Marques Vieira Souza – Secretaria de Estado da Educação, do Esporte e da Cultura de Sergipe
 Prof. Me. Luis Henrique Almeida Castro – Universidade Federal da Grande Dourados
 Prof. Dr. Luan Vinicius Bernardelli – Universidade Estadual do Paraná
 Prof. Dr. Michel da Costa – Universidade Metropolitana de Santos
 Prof. Dr. Marcelo Máximo Purificação – Fundação Integrada Municipal de Ensino Superior
 Prof. Me. Marcos Aurelio Alves e Silva – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de São Paulo
 Profª Ma. Marileila Marques Toledo – Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri
 Prof. Me. Ricardo Sérgio da Silva – Universidade Federal de Pernambuco
 Prof. Me. Rafael Henrique Silva – Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados
 Profª Ma. Renata Luciane Polsaque Young Blood – UniSecal
 Profª Ma. Solange Aparecida de Souza Monteiro – Instituto Federal de São Paulo
 Prof. Me. Tallys Newton Fernandes de Matos – Faculdade Regional Jaguaribana
 Prof. Dr. Welleson Feitosa Gazel – Universidade Paulista

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP) (eDOC BRASIL, Belo Horizonte/MG)	
P974	<p>A psicologia em suas diversas áreas de atuação 3 [recurso eletrônico] / Organizador Tallys Newton Fernandes de Matos. – Ponta Grossa, PR: Atena, 2020.</p> <p>Formato: PDF Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader Modo de acesso: World Wide Web Inclui bibliografia ISBN 978-65-5706-118-3 DOI 10.22533/at.ed.183201706</p> <p>1. Psicologia. 2. Psicólogos. I. Matos, Tallys Newton Fernandes de.</p> <p style="text-align: right;">CDD 150</p>
Elaborado por Maurício Amormino Júnior – CRB6/2422	

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

APRESENTAÇÃO

Vivenciamos atualmente um período de fragilidade e deterioração biopsicossocial frente a um cenário de crise e pandemia, bem como o desgaste nos aspectos econômicos e políticos, que também alavancam outras características e segmentos da sociedade. As ciências, nesse aspecto, trabalham constantemente, através de suas diferentes áreas, para suprir demandas sociais em diferentes contextos, possibilitando, assim, intervenções adversas.

A busca incessante pela compreensão e identificação dos fenômenos que estão em processo de transformação e composição da realidade, coloca--nos em um paradigma filosófico e existencial sobre a verdade. Esta verdade, já questionada no passado pelos filósofos antigos, possibilita a construção do conhecimento e estrutura modelos de investigação posteriores, através de mecanismos de aprendizagem e ensino.

A psicologia, nesse contexto, ganha destaque por trabalhar uma diversidade de cenários em situações de fragilidade referentes ao desenvolvimento humano e a saúde mental, por intermédio de suas diferentes técnicas e instrumentos de atuação. Nessa perspectiva, a obra “A Psicologia em suas Diversas Áreas de Atuação 3” aborda questões inerentes a infância, escola, terceira idade, contexto social, avaliação, transtornos, diagnóstico, intervenção, questionamentos ideológicos, saúde, literatura, inovação tecnológica e novas técnicas psicoterápicas.

A infância, neste aspecto, ganhou destaque por ser um período que estrutura a personalidade do sujeito através do desenvolvimento psicogenético, que vai do nascimento até a adolescência, período no qual o indivíduo está submetido à inserção na sociedade. É na infância que ocorrem o incremento das experiências, transmissão social e equilibração através do uso de códigos no universo das imagens e palavras guiadas pelos caminhos que preexistem no universo parental.

Por conseguinte, a escola ganha destaque por promover a universalização e bens culturais, criando condições para a aprendizagem e para o desenvolvimento humano de todos na sociedade através da educação e conhecimento.

Em associação com os dados anteriores está o desenvolvimento da adolescência e vida adulta, e, posteriormente, a terceira idade, que é um dado apresentado nesta obra. A terceira idade é a própria idade adulta avançada, período marcado pelas transformações biopsicossociais, complicações e influências que se dão de modo complexo. Torna-se necessário, então, desenvolver recursos para o bem estar e qualidade de vida, a fim de reduzir receios e inquietações, na busca por uma vida saudável.

Neste cenário, é importante um trabalho conjunto na construção de políticas públicas direcionadas a pluralidade cultural envolvendo atores sociais e culturais

com identificação étnico-raciais, de gênero, de orientação sexual, de deficiências, dentre outros, para a centralidade de valores éticos na formação do sujeito.

Seguindo os eixos temáticos expostos na ordem cronológica da obra, temos os modelos de avaliação, diagnóstico e intervenção em psicopatologias e transtornos mentais. Destaca-se que, segundo a Organização Mundial de Saúde, há um aumento das doenças mentais no século XXI decorrente das novas demandas sociais e a realidade vivenciada hoje frente ao cenário atual, já mencionado anteriormente. A importância desse seguimento se dá pela saúde mental, pela qualidade de vida do sujeito em sua diversidade e ao seu contexto.

Destaca-se, também, a importância dos debates e dos questionamentos ideológicos como elemento fundamentador da democracia, como tratado nesta obra. Tais artefatos possibilitam a ressignificação de ideias na construção de um novo cenário de conhecimento e aprendizagem. Vale ressaltar que estes debates podem estar atrelados há um referencial teórico significativo, como, por exemplo, uma análise literária, também explorada no final da obra, esta que, além disso, propõe, ao seu final, novas técnicas e alternativas psicoterápicas, bem como inovação tecnológica em benefício da saúde e bem estar.

Vale ressaltar que, através do discurso anterior, a obra “A Psicologia em suas Diversas Áreas de Atuação 3”, aborda os seguintes seguimentos: desenvolvimento humano, psicologia escolar, psicologia da saúde, psicologia social, psicologia clínica, psicopatologias, literatura, tecnologia e inovação.

Os tipos de estudos explorados nesta obra foram: estudo transversal, pesquisa descritiva, revisão sistemática de literatura, revisão de pares, revisão literária, entrevista semiestruturada, pesquisa bibliográfica, pesquisa de campo, aplicação de questionários, reflexão histórico-cultural, análise documental, materialismo histórico-dialético, revisão integrativa da literatura, estudo de caso, diagnóstico institucional e dialético-simbólico.

Com isso, a obra “A Psicologia em suas Diversas Áreas de Atuação 3” explora a diversidade e construção teórica na psicologia, através de estudos realizados em diferentes instituições de ensino no contexto nacional e internacional. Nesse âmbito, é relevante a divulgação e construção do conhecimento através da produção científica. Para tanto, a Atena Editora possui uma plataforma consolidada e confiável, sendo referência nacional e internacional, para que estes pesquisadores explorem e divulguem suas pesquisas.

Tallys Newton Fernandes de Matos

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1	1
APOIO SOCIAL EM GESTANTES DE ALTO RISCO	
Jamile Carneiro da Silva	
Fernanda Pasquoto de Souza	
Aline Groff Vivian	
DOI 10.22533/at.ed.1832017061	
CAPÍTULO 2	17
A DEVOLUÇÃO DE CRIANÇAS NO PROCESSO ADOTIVO: UMA REVISÃO DE LITERATURA	
Marjane Bernardy Souza	
Amanda Silveira Bach	
DOI 10.22533/at.ed.1832017062	
CAPÍTULO 3	32
THE ROLE OF FATHERS IN SUCCESSFUL CHILD DEVELOPMENT: A SUMMARY OF THE EMPIRICAL LITERATURE AND RESOURCES FOR MENTAL HEALTH AND SOCIAL PROFESSIONALS	
Cátia Magalhães	
Karol Kumpfer	
Margarida Gaspar de Matos	
Bruno Carraça	
DOI 10.22533/at.ed.1832017063	
CAPÍTULO 4	49
DOS PAPÉIS DO PSICÓLOGO JURÍDICO NOS CASOS DE ABUSO SEXUAL INTRAFAMILIAR INFANTOJUVENIL	
Macia Cristini de Almeida Bezerra	
Ivana Suely Paiva Bezerra de Mello	
DOI 10.22533/at.ed.1832017064	
CAPÍTULO 5	64
MARCOS DO DESENVOLVIMENTO MOTOR DE CRIANÇAS DE 0 A 3 ANOS NUMA VISÃO NEUROPSICOPEDAGÓGICA: CONHECENDO O TÍPICO PARA IDENTIFICAR O ATÍPICO	
Mariana Abreu da Silva Velho	
Fabrício Bruno Cardoso	
DOI 10.22533/at.ed.1832017065	
CAPÍTULO 6	75
O QUE AS CRIANÇAS PENSAM SOBRE AS REGRAS?	
Camila Lima Silva	
Priscila Bonato Galhardo	
Thais Sindice Fazenda Coelho	
Gabriel Rossi Calsoni	
Paulo Yoo Chul Choi	
Luciana Maria Caetano	
Betânia Alves Veiga Dell' Agli	
DOI 10.22533/at.ed.1832017066	
CAPÍTULO 7	86
TÉCNICAS DE AUTOMONITORAMENTO EMOCIONAL EM TERAPIA COGNITIVA COM CRIANÇAS	

CAPÍTULO 8	91
TRANSTORNO DE ANSIEDADE DE SEPARAÇÃO: INTERVENÇÕES EM TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL COM CRIANÇAS	
Antonia Kaliny Oliveira de Araújo Perpetua Thais de Lima Feitosa Quental Isabelle Cerqueira Sousa	
DOI 10.22533/at.ed.1832017068	
CAPÍTULO 9	104
ESTUDO DA ASSOCIAÇÃO ENTRE O DESFRALDE E O USO DO <i>EU</i>	
Anna Victória Pandjarjian Mekhitarian Moraes Rogerio Lerner Lia Queiroz do Amaral	
DOI 10.22533/at.ed.1832017069	
CAPÍTULO 10	125
LUDICIDADE E ESCOLARIZAÇÃO: REFLEXÕES A PARTIR DA PSICOLOGIA HISTÓRICO-CULTURAL	
Vera Lucia Almeida Damiani Marcia Cristina Argenti Perez	
DOI 10.22533/at.ed.18320170610	
CAPÍTULO 11	132
ENVELHECIMENTO(S), QUALIDADE DE VIDA E BEM-ESTAR	
José Mendes	
DOI 10.22533/at.ed.18320170611	
CAPÍTULO 12	145
OS CUIDADOS COM O CUIDADOR DE IDOSOS	
Giselda Viera Eggres Juliana Marques Fagundes Tres Katia Simone da Silva Silveira	
DOI 10.22533/at.ed.18320170612	
CAPÍTULO 13	153
APONTAMENTOS SOBRE VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: UM COMPARATIVO ENTRE MULHERES NEGRAS, BRANCAS E PARDAS	
Bárbara Fernanda Marinho de Freitas Letícia Fiuza Canal Bruna Mendes Ballen Sandro Caramaschi	
DOI 10.22533/at.ed.18320170613	
CAPÍTULO 14	164
ANÁLISE DOS COMPORTAMENTOS DE SUZANE VON RICHTHOFEN CARACTERÍSTICOS DO TRANSTORNO DE PERSONALIDADE ANTISSOCIAL	
Marcio Jorge Manoel Pinto Rafael Alves Cioca Rafael João Valentim Batista dos Santos	

CAPÍTULO 15 170

VIOÊNCIA DE ESTADO NO BRASIL: UMA ANÁLISE PSICOSSOCIAL DAS NARRATIVAS E MEMÓRIAS COLETIVAS DOS CRIMES DE MAIO DE 2006

Ana Paula Stein de Oliveira
Naiara Roberta Vicente de Matos

DOI 10.22533/at.ed.18320170615

CAPÍTULO 16 183

AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA E MANIFESTAÇÕES PSICOSSOMÁTICA DO *ESTRESSE* EM TRABALHADORES DA SAÚDE: REVISÃO INTEGRATIVA

Gabrielly Gomes dos Santos
Karine Rebelatto Muniz
Hygor Lobo Neto Camargo Lopes
Iracema Gonzaga Moura de Carvalho

DOI 10.22533/at.ed.18320170616

CAPÍTULO 17 197

O PAPEL DO PSICOPEDAGOGO FRENTE AOS DISTÚRBIOS E TRANSTORNOS CAUSADOS PELA ANSIEDADE

Vanieli Aparecida Ferreira dos Santos

DOI 10.22533/at.ed.18320170617

CAPÍTULO 18 209

DIAGNÓSTICO E INTERVENÇÃO EM SAÚDE MENTAL

Tallys Newton Fernandes de Matos
Ottorino Bonvini
José Manuel Peixoto Caldas
Ana Maria Fontenelle Catrib

DOI 10.22533/at.ed.18320170618

CAPÍTULO 19 222

AS DIFERENTES FACES DA ANSIEDADE: COMPREENSÕES A PARTIR DA ANÁLISE COMPORTAMENTAL

Amanda Cybelle da Silva Amaral
Amanda Moreira Bezerra
Érica Alessandra Barbosa Silva
Fagner da Silva Medeiros
Giselle Bezerra dos Santos Araújo
Luana Kelle Ferreira Pereira
Giliane Cordeiro Gomes

DOI 10.22533/at.ed.18320170619

CAPÍTULO 20 232

DEMANDAS POR MEDIAÇÃO DE CONFLITOS NAS DISCUSSÕES AGRESSIVAS NO *FACEBOOK* DOS ALUNOS DE PSICOLOGIA

Carmen dos Santos Godoy Ura
Bruna Elisa Baroni
Sandro Caramaschi
JoseTadeu Acuna
Marianne Ramos Feijó

CAPÍTULO 21	245
RESTRIÇÃO DE FRUTOSE NA DIETA E A PRÁTICA DE EXERCÍCIO FÍSICO RESISTIDO COMO ESTRATÉGIA PROMOTORA DA SAÚDE EM INDIVÍDUOS COM ESTEATOSE HEPÁTICA NÃO ALCOÓLICA	
Carolina Cristina de Freitas Raquel Alves dos Santos Marina Garcia Manochio-Pina	
DOI 10.22533/at.ed.18320170621	
CAPÍTULO 22	257
UMA ANÁLISE DA OBRA NIETZSCHIANA A PARTIR DA LÓGICA SIMBÓLICA DE MÁSRIO FERREIRA DOS SANTOS	
Tiago Teixeira Vieira	
DOI 10.22533/at.ed.18320170622	
CAPÍTULO 23	273
O USO DO SMARTPHONE ENQUANTO TECNOLOGIA MÓVEL NA APRENDIZAGEM À LUZ DA TEORIA HISTÓRICO CRÍTICA	
Joaquim Ferreira da Cunha Neto	
DOI 10.22533/at.ed.18320170623	
CAPÍTULO 24	286
A TÉCNICA DE MINDFULLNES ALIADA A TERAPIA COGNITIVA COMPORTAMENTAL NO TRATAMENTO E PREVENÇÃO DE RECAÍDAS EM PACIENTES COM IDEAÇÃO SUICIDA	
Felippe Henrique Nascimento Valdir de Aquino Lemos Fábio Guedes de Souza	
DOI 10.22533/at.ed.18320170624	
CAPÍTULO 25	311
A CROMOTERAPIA NO TRATAMENTO DA ANSIEDADE	
Lais Amarante Carneiro Leão Mirian Jacoby Sabatke Carolina Dea Bruzamolín Carlos Roberto Botelho Filho João Armando Brancher Maurício Yanes Alves da Silva Marilisa Carneiro Leão Gabardo	
DOI 10.22533/at.ed.18320170625	
SOBRE O ORGANIZADOR	321
ÍNDICE REMISSIVO	322

A TÉCNICA DE MINDFULLNES ALIADA A TERAPIA COGNITIVA COMPORTAMENTAL NO TRATAMENTO E PREVENÇÃO DE RECAÍDAS EM PACIENTES COM IDEAÇÃO SUICIDA

Data de aceite: 05/06/2020

Felippe Henrique Nascimento

Centro Universitário Braz Cubas
fhnpsicologia@gmail.com

Valdir de Aquino Lemos

Centro Universitário Braz Cubas

Fábio Guedes de Souza

Centro Universitário Braz Cubas

RESUMO: As abordagens baseadas na *Mindfulness*, tem sido bastante utilizado nos estudos da psicologia atualmente. Sua origem deu-se no contexto das práticas budistas, que passaram a fazer parte da clínica contemporânea a partir dos estudos e programas de redução de estresse, sendo aplicada de maneira mais ampla dentro da psicologia, neste estudo como tratamento de indivíduos em risco de comportamento suicida, com base na Terapia Cognitiva Baseada no *Mindfulness* - MBCT. Assim, o objetivo do presente estudo é descrever e discutir sobre a eficácia da terapia cognitivo comportamental associada a técnica de *Mindfulness* na melhora de pensamentos suicidas. O método utilizado para a construção deste estudo foi por meio da

pesquisa bibliográfica, utilizou-se, 20 livros, 45 artigos, 5 estudos e 5 sites para a construção do trabalho, através dos quais foram analisadas as variáveis psicológicas envolvidas nos pensamentos suicidas e como a técnica de *Mindfulness* contribui para melhora dessas variáveis. Os resultados do presente estudo mostram que existem evidências que a prática de regular de *Mindfulness*, pode contribuir para prevenção e tratamento de diversos transtornos, além disso acredita-se que a técnica de *Mindfulness* é contribuidora, para tratamento de pensamentos suicidas, agindo diretamente nos níveis de estresse, ansiedade e comportamento agressivo e impulsivo, variáveis de grande influência para o comportamento suicida. Porém destaca-se que a técnica só deve ser utilizada em pacientes que estejam estáveis ou seja pacientes que não estejam em crise. Com base nos resultados, conclui-se que o uso da Terapia Cognitiva Comportamental aliada a técnica de *Mindfulness* no tratamento e prevenção de recaídas de pacientes suicidas, é uma útil ferramenta, na redução dos sintomas em pacientes com ideação suicida visto que a técnica auxilia a tornarem-se mais conscientes dos seus padrões de pensamentos automáticos e reconhece-los apenas como pensamentos, ou seja, uma visão subjetiva da realidade, o que

contribui para uma melhor compreensão de seus processos mentais, assim sendo possível alterá-los.

PALAVRAS-CHAVE: Suicídio; Terapia cognitivo comportamental; Mindfulness.

1 | INTRODUÇÃO

Os desenvolvimentos contemporâneos nas psicoterapias estruturadas podem ser considerados como tendo ocorrido em três fases. A primeira fase ocorreu na década de 1960 e consistiu na aplicação sistemática da teoria da aprendizagem comportamental aos transtornos emocionais, inicialmente medos específicos e fobias e, posteriormente, agorafobias e fobias sociais (EYSENCK *et al*, MARTIN, 1987).

A segunda fase foi uma mudança para modelos cognitivos, em particular, a Terapia Cognitiva (TC) de Judith Beck reuniu uma série de técnicas comportamentais e cognitivas com o objetivo de se concentrar na maneira como os pensamentos, imagens e interpretação de eventos de uma pessoa contribuem para o aparecimento e manutenção dos distúrbios emocionais e comportamentais (JUDITH BECK, RUSH, SHAW *et al*, 1979; WILLIAMS, 1992).

Originalmente aplicada à depressão, a abordagem agora é usada com uma ampla gama de diferentes problemas, incluindo transtorno de estresse pós-traumático, distúrbios alimentares, hipocondria, transtorno de pânico, transtorno obsessivo-compulsivo, fobia sociais, ansiedade generalizada e comportamento suicida (HAWTON, SALKOVSKIS, KIRK *et al.*, 1989).

A terceira e mais recente fase ainda está nos estágios iniciais de desenvolvimento. Os novos tratamentos que estão sendo desenvolvidos mantêm a estrutura associada às fases comportamentais e cognitivas anteriores e a ênfase na avaliação da eficácia do tratamento, mas incorporam elementos como filosofia dialética, *mindfulness*, aceitação, relacionamento e espiritualidade (BORKOVEC, 2002; ROEMER; ORSILLO, 2002). Uma característica dessas terapias de “terceira geração” é a disposição de aprender com as abordagens orientais da mente e do corpo.

Em particular, muitos ensinam a meditação da *mindfulness* como um aspecto central da abordagem. A adição desses elementos representam uma modificação importante, levando a terapia comportamental e cognitiva a uma fase de desenvolvimento qualitativamente diferente (HAYES, 2002; HAYES *apud* WILSON, 2003).

Ambas foram usadas para subgrupos específicos de pacientes que são vulneráveis ao comportamento suicida.

A MBCT, embora não tenha sido projetada especificamente para direcionar o

risco de suicídio, foi desenvolvida para reduzir o risco de recaída na depressão maior cronicamente recorrente, um dos grupos de maior risco para o suicídio (LINEHAN, 1993a).

Até o momento, ainda está em curso qual o papel que a técnica em *mindfulness* pode ter fora dos grupos clínicos específicos para a qual a MBCT foi projetada. Assim o objetivo do presente estudo é descrever e discutir sobre a eficácia da terapia cognitivo comportamental, associada à técnica de *mindfulness* na melhora e prevenção de recaída em pacientes com ideação suicida.

2 | TERAPIA COGNITIVO COMPORTAMENTAL

A terapia cognitiva comportamental é um modelo de processamento de informações. Cognitivo refere-se a como um indivíduo interpreta e atribui significado às suas experiências. Como seres humanos, estamos continuamente tentando dar sentido às nossas experiências internas e externas para os propósitos de sobrevivência e apego.

A forma como digitaliza o ambiente e escolhe os significados do atributo estímulo é variável de pessoa para pessoa e baseada em aprendizagens e crenças passadas. Ao longo do desenvolvimento, adquire-se crenças sobre nós mesmos, outros, sobre meio ambiente e o futuro. Beck, A. *et al*, (1979) refere-se a essas crenças que têm durabilidade e rigidez ao longo do tempo como crenças centrais. Beck, J. (2005) categoriza as crenças centrais com base no senso individual de sua amabilidade, valor e controle.

Essas categorias de crenças centrais podem ser adaptativas ou mal adaptativas, dependendo das experiências de longo prazo com pessoas e situações significativas. Assim, crenças centrais mal adaptativas seriam associadas a crenças de falta de amor, inutilidade e desamparo. Novas informações são processadas no momento com base no equilíbrio entre as crenças centrais adaptativas e mal adaptativas entre essas três categorias (BECK, J. 2005).

Os indivíduos que crescem em um ambiente predominantemente negativo provavelmente desenvolverão mais a mal adaptativa do que as crenças centrais adaptativas. Essas crenças centrais, quando ativadas por eventos associados no momento, influenciam a objetividade e, assim, colorem como interpreta-se à experiência no presente. Assim, os pensamentos ou interpretações no presente não são iguais aos fatos, mas estão sujeitos a mudanças com novas informações (BECK, J. 2005).

Quando se está funcionando bem no momento presente, crenças centrais adaptativas são proeminentes na percepção consciente e determinam, de maneira

positiva, como experimenta o ambiente e atribuí significado a novas informações. No entanto, sob estresse, uma crise ou um início agudo ou recorrência de um distúrbio psiquiátrico, nossas crenças centrais mal adaptativas surgem à consciência e têm um impacto negativo na forma como digitaliza o ambiente e processa novas informações. Quando ativadas, as crenças centrais mal adaptativas moldam novas informações para se ajustarem à atual crença mal adaptativa do núcleo, tornando-as mais fortes. As crenças centrais mal adaptativas persistentes são a base, em parte, da maioria das psicopatologias; no entanto, a TCC reconhece o impacto de fatores biológicos e genéticos, particularmente no caso de grandes doenças mentais (BECK, J. 2005).

A teoria cognitiva ensina que as emoções, respostas fisiológicas e comportamentos são produto do pensamento no momento presente. As interpretações espontâneas e não premeditadas associadas a eventos específicos no presente são referidas como pensamentos automáticos. Quando os pensamentos automáticos são interpretações errôneas de eventos atuais, Beck se refere a então como pensamentos automáticos disfuncionais.

Se, em determinada situação, um indivíduo tem o pensamento automático disfuncional, “eu sou um perdedor”, essa interpretação é provavelmente devida à ativação da crença central mal adaptativa “eu sou incompetente”. Os produtos do pensamento automático disfuncional, “eu sou um perdedor”, podem incluir tristeza, ansiedade, aumento da atividade do sistema autônomo e um desejo de evitar as pessoas (BECK, J. 2005).

A teoria cognitiva também ensina que emoções, respostas fisiológicas e comportamento influenciam o pensamento e crenças. Estudos mostraram que pessoas deprimidas têm dificuldade em acessar memórias positivas de experiências passadas e sucessos passados. (BECK, J. 2005).

Como os pacientes deprimidos tendem a se retirar e se isolar, eles perdem oportunidades de obter informações que possam fornecer um entendimento mais equilibrada de si mesmos. (BECK, J. 2005).

Assim, existem múltiplas interações entre pensamentos, sentimentos, reações fisiológicas e comportamentos, como mostrado na Figura 1:

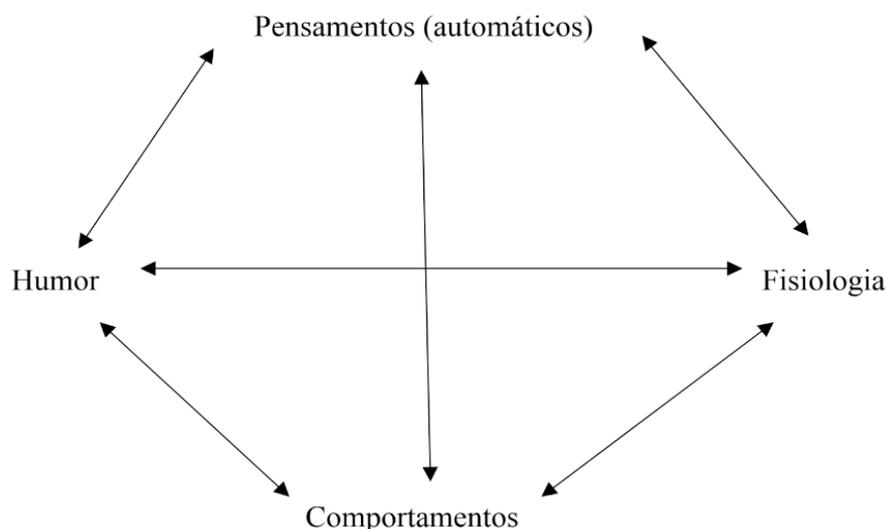


Figura 1 - Interações Cognitivas dos Pensamentos (TCC). Adaptado (Matthews,2012).

A função da terapia cognitiva é reduzir reações emocionais negativas, respostas fisiológicas angustiantes e comportamentos autodestrutivos, modificando pensamentos automáticos disfuncionais, inicialmente, seguindo-se a modificação de crenças centrais mal adaptativas. Pensamentos automáticos disfuncionais são desafiados quando o paciente procura evidências contra os pensamentos negativos e/ou faz com que o paciente identifique explicações alternativas em uma dada situação. As crenças centrais mal adaptativas são modificadas através de um processo chamado “trabalho de crença”, que será revisado mais adiante no capítulo (BECK, J. 2013).

As crenças subjacentes mal adaptativas são reveladas pela observação de padrões de pensamentos automáticos disfuncionais através de múltiplas situações no presente. Embora o enfoque principal da TCC seja a focalização de pensamentos automáticos disfuncionais, crenças centrais mal adaptativas, emoções negativas, respostas fisiológicas angustiantes e comportamentos de autodestruição também se tornam alvos para o tratamento (BECK, J. 2013).

No caso de um paciente deprimido, que estava evitando os outros por medo de ser criticado, as estratégias de ativação comportamental permitiram-lhe descobrir que havia várias pessoas apoiadoras disponíveis para ele, o que resultou em uma diminuição acentuada em seu medo e ansiedade (BECK, J. 2013).

Assim, a intervenção comportamental teve um impacto positivo tanto no pensamento negativo quanto nas emoções negativas. De acordo com Beck, A. et al, (1979), a fim de alcançar uma mudança duradoura de nosso sofrimento emocional e comportamentos autodestrutivos, as intervenções cognitivas e comportamentais são necessárias para alterar as crenças centrais subjacentes do mal adaptativo.

Além de pensamentos automáticos disfuncionais e crenças centrais mal adaptativas, há dois outros aspectos problemáticos da cognição, crenças

intermediárias mal adaptativas e erros na lógica. Em vista do fato de que a consciência das crenças centrais mal adaptativas cria um sofrimento emocional, o indivíduo desenvolve e implementa estratégias compensatórias cognitivas ou crenças intermediárias mal adaptativas a fim de impedir que as crenças centrais mal adaptativas sejam ativadas. As crenças intermediárias mal adaptativas consistem em regras ou suposições que guiam as interações com os outros e com o ambiente (BECK, J. 2003).

Essas regras ou suposições assumem uma forma de declarações “se... então...” que assumem uma valência positiva ou negativa. Por exemplo, um paciente com uma crença central, “eu sou incompetente” pode desenvolver uma crença intermediária mal adaptativa, “Se eu evitar cometer erros, minhas fraquezas não serão vistas pelos outros” (forma positiva). Alternativamente, “Se eu não executar perfeitamente, vou falhar” (forma negativa) (BECK, J. 2013).

Em situações estressantes, as formas negativas são mais proeminentes. Do ponto de vista do tratamento, é importante identificar as crenças intermediárias mal adaptativas de um paciente, uma vez que elas contribuem para seus comportamentos autodestrutivos. Frequentemente, há comportamentos mal adaptativos correspondentes associados às crenças intermediárias mal adaptativas (BECK, J. 2013).

Beck, J. (2011) refere-se a esses comportamentos como estratégias compensatórias. Como as crenças intermediárias mal adaptativas, as estratégias compensatórias servem à função de impedir que as crenças centrais mal adaptativas sejam ativadas. No exemplo acima, “Se eu evitar cometer erros, minhas fraquezas não serão vistas pelos outros”, uma estratégia compensatória comportamental típica pode ser o perfeccionismo.

Um paciente tentaria fazer seu trabalho com perfeição ou evitar a ativação de sua crença central “eu sou incompetente”. Embora o desempenho perfeito tenha valor em muitas situações, quando o perfeccionismo se torna um estilo de vida, ele pode limitar sua experiência e interferir na conquista de metas baseadas em valor. Erros na lógica são os aspectos problemáticos finais da cognição a serem abordados.

Os erros mais comuns na lógica incluem: leitura da mente (suposição de que os outros estão reagindo negativamente sem evidência suficiente); super generalização (eventos específicos definem a vida em geral); pensamento de tudo ou nada (os eventos são vistos em uma das duas categorias extremas excludentes); personalização (assumir a responsabilidade por resultados negativos sem considerar outros fatores contribuintes); e pensamento catastrófico (experiências ou eventos são interpretados em termos dos piores resultados possíveis) (BECK, J. 2013).

Erros na lógica também contribuem para o processamento incorreto de

informações e, assim, levam a interpretações errôneas de eventos e experiências no presente (BECK, A. 2010).

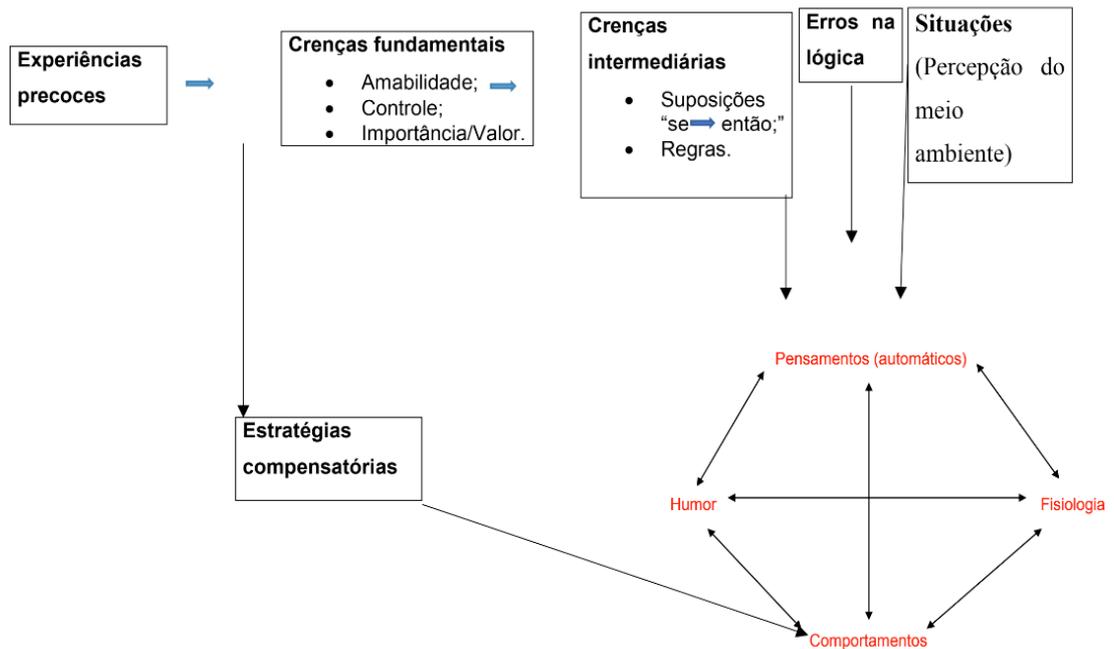


Figura 2 - Modelo da Terapia Cognitiva Comportamental (TCC). Adaptado (Matthews, 2012).

A figura 2 resume o que foi revisado até o momento. A terapia cognitiva começa ajudando os pacientes a ver as relações entre pensamentos, sentimentos, respostas fisiológicas e comportamentos em uma variedade de situações no presente (ilustradas em vermelho). À medida que os padrões de interpretações emergem, o terapeuta e o paciente desenvolvem uma formulação de caso com o objetivo de identificar crenças centrais, crenças intermediárias e estratégias compensatórias baseadas em uma análise das interpretações de múltiplas situações presentes e baseadas em uma revisão de provável contribuição negativa de experiências do passado (ilustradas em preto).

Uma vez identificada a crença central do indivíduo, o foco da terapia está em modificar as crenças centrais mal adaptativas subjacentes Beck, J. (2011) descreve esse processo como “Crença”. No caso de um paciente com uma crença central, “eu sou um fracasso”, o terapeuta primeiro faria o paciente reinterpretar a crença mal adaptativa em termos menos severos, “Ter fraquezas não significa que eu seja um fracasso total”. Em seguida, o terapeuta faz o paciente identificar evidências contra a crença mal adaptativa ou antiga e apoiar a nova crença: “Minhas avaliações no trabalho são boas, mas não perfeitas”. Finalmente, o terapeuta faz com que o paciente identifique evidências que sustentem a antiga crença, mas com uma reinterpretação: “Embora eu tenha deficiências, eu sou mais do que minhas fraquezas”.

3 | TERAPIA COGNITIVO COMPORTAMENTAL ALIADA À TÉCNICA MINDFULNESS NO TRATAMENTO DE PACIENTES SUICIDAS

Os desenvolvimentos recentes nas psicoterapias estruturadas podem ser considerados como tendo ocorrido em três fases. A primeira fase ocorreu na década de 1960 e consistiu na aplicação sistemática da teoria da aprendizagem comportamental aos transtornos emocionais, inicialmente medos específicos e fobias e, posteriormente, agorafobia e fobias sociais (EYSENCK *apud* MARTIN, 1987). Entretanto, a Terapia baseada na técnica *Mindfulness* se mostrou eficiente no tratamento de pacientes suicidas e deve ser tratada com ênfase.

O Que é a Técnica *Mindfulness*?

Thich Nhat Hanh (1991) usa o termo *mindfulness* “para se referir a manter a consciência de alguém viva para a realidade presente” e, de acordo com a tradição oriental mais experiencial, ilustra isso ainda mais através do uso de exemplos e histórias de ensino. Tome, por exemplo, uma atividade comum, como lavar a louça.

Se, enquanto limpa os pratos, se pensa apenas no que temos que fazer a seguir, apressando-nos através deles para tirá-los do caminho, então não está ciente do que faz enquanto o faz. Ao fazer a próxima atividade, o mesmo se aplica: mentes continuam a estar em outro lugar. “Assim, somos sugados para o futuro - e somos incapazes de viver um minuto de vida” (Thich NHAT HANH, 1991, p. 5).

O perigo desse modo “piloto automático” é que velhos hábitos de pensamentos, emoções e sensações corporais podem ser desencadeados e escalados, sem que uma pessoa tenha consciência disso até que se torne difícil lidar com a habilidade.

Por outro lado, o treinamento da Terapia *Mindfulness* (TM) visa ensinar às pessoas uma nova maneira de prestar atenção: de propósito, a cada momento e sem julgamento (KABAT-ZINN, 1990). Ela nos ensina a lidar com mais habilidade com o que acontece, em vez de se deixar levar por coisas diferentes de como estão agora. Isso envolve um modo diferente daquele em que normalmente opera-se; em que a realização de metas domina (por exemplo, “terminar os pratos”).

Em vez disso, um modo diferente é amostrado, no qual a primeira resposta à problemas (sejam problemas no mundo ou problemas com a regulação emocional) é fazer uma pausa, focalizar conscientemente em cada momento presente, para ver claramente o que está acontecendo. Quando isso é feito, nos tornamos mais conscientes da frequência com que nossas reações imediatas baseadas no afeto tendem a aumentar em vez de diminuir os problemas (KABAT-ZINN, 1990).

A prática da *Mindfulness* deriva de uma longa tradição filosófica rotulada na prática oriental, embora práticas semelhantes possam ser encontradas em outras tradições religiosas, por exemplo, na tradição cristã contemplativa. Nos últimos tempos, os médicos consideraram a aplicação dessas práticas em pacientes com

uma ampla gama de dificuldades, desde dor crônica até transtorno de personalidade borderline (KABAT-ZINN, 2017).

A Terapia Cognitiva Baseada no *Mindfulness* (MBCT), têm uma base crescente de evidências para a sua eficácia, cuja discussão está além do foco deste tópico, como exemplos: (BOHUS, HAAF, SIMMS *et al.*, 2003; BOHUS, HAAF, STIGLMAYR, 2000; KOERNER *apud* DIMEFF, 2000). KOONS, ROBINS, TWEED *et al.*, 2001; LINEHAN, ARMSTRONG, SUAREZ *et al.*, 1991; LINEHAN, DIMEFF, REYNOLDS *et al.*, 2002; LINEHAN, SCHMIDT, DIMEFF *et al.*, 1999; RATHUS *apud* MILLER, 2002; VERHEUL, VAN DEN BOSCH, KOETER *et al.*, 2003; MBCT: MA *apud* TEASDALE, no prelo; TEASDALE, SEGAL, WILLIAMS *et al.*, 2000; MINDFULNESS: BAER, 2003).

Os comportamentos para suicidas estão presentes em 69-80% dos indivíduos que preenchem os critérios para transtorno de personalidade borderline (CLARKIN, WIDIGER, FRANCES *et al.*, 1983; COWDRY, PICKAR, *apud* DAVIES, 1985; GUNDERSON, 1984). Além disso, as taxas de suicídio em indivíduos que preenchem os critérios para transtorno de personalidade limítrofe são entre 5 e 10% e o dobro quando consideradas apenas aquelas com história de comportamento suicida (FRANCES, FYER *apud* CLARKIN, 1986).

É nesse contexto que a *Mindfulness* aparece, como um dos quatro módulos de habilidades (regulação emocional, eficácia interpessoal, tolerância à angústia e atenção plena), cada um direcionado a superar alguns dos déficits centrais experimentados pelos pacientes suicidas (LINEHAN, 1993b). Embora todos os quatro módulos sejam considerados importantes, a *Mindfulness* é um tema que percorre todos os quatro e, portanto, é revisado brevemente entre cada um deles.

As habilidades de “O que” e “Como” da *Mindfulness*.

Dentro do módulo *mindfulness*, os pacientes são ensinados três habilidades de *mindfulness* e três habilidades de “O que” e “Como”. As habilidades «o que» são aquelas habilidades a serem praticadas para se tornarem mais conscientes. Eles são observados focalizando o que está presente no momento atual e percebendo, descrevem usando palavras para descrever aquilo que é observado e participam tornando-se um com a experiência do momento atual (KABAT-ZINN, 2017).

Observar envolve aprender a ver claramente o que está surgindo em cada momento, tanto no mundo externo (visões, sons, tato) quanto no “mundo interno” (pensamentos, emoções e sensações corporais). Descrever envolve o uso da linguagem para colocar em palavras o que é experimentado. (TEASDALE, 2016)

Tem a vantagem de “articular” uma experiência com a maior precisão possível, mas também tem o perigo de introduzir construtos e interpretações que podem obscurecer a visão da realidade como ela é. Por exemplo, após um exercício em que os participantes da aula foram solicitados a observar o som, um participante,

quando solicitado a receber feedback, relatou “Ouvi o som do tênis de mesa sendo jogado ao lado” (a sessão estava acontecendo em um Centro de lazer) (KABAT-ZINN, 2017).

Outro relatou: “Eu ouvi o som dos pesos na sala de musculação ao lado.” Note que nenhum deles, estritamente falando, estava descrevendo precisamente o que eles haviam observado. Em vez disso, eram interpretações de sons observados (um som rítmico). Nesse caso, uma das interpretações estava correta (a sala de pesos ficava ao lado). O fato de estar correto, no entanto, não faz da declaração uma observação ou uma descrição. Uma descrição mais cuidadosa seria “quando ouvi o som rítmico, o pensamento de que a sala de pesos estava ao lado veio em minha mente” (KABAT-ZINN, 2017).

A suposição da abordagem *mindfulness* é que muitas das dificuldades da vida vêm de fazer um vínculo muito rápido entre a observação “bruta” da realidade empírica e interpretações ou suposições automáticas sobre ela. Um dos objetivos em aprender esta habilidade é aumentar a consciência desta tendência, e então notar como, em contextos desagradáveis, pode levar a aflição aumentada. Naturalmente, isso geralmente é mais fácil de fazer inicialmente em um estado de espírito mais calmo (TEASDALE, 2016).

Participar é a terceira habilidade “o que”. Envolve tornar-se “em um” com o momento presente. Tal “unicidade” pode ser melhor ilustrada pela experiência comum de se envolver em uma atividade para que o tempo pareça passar rapidamente - praticar esportes, ouvir música, assistir a um filme. Nessas ocasiões, é provável que tenhamos participado totalmente da atividade (KABAT-ZINN, 2017).

O objetivo para os pacientes e terapeutas aqui é facilitar a participação plena no momento atual. Os clientes geralmente têm essa experiência quando se envolvem em autoflagelação, pensamentos suicidas ou outros comportamentos problemáticos. Em tais circunstâncias, a tarefa é ajudar os clientes a mudar o que estão praticando, para atividades que são mais eficazes a longo prazo (KABAT-ZINN, 2017).

Além das habilidades de “o que”, há três habilidades que se aplicam ao “como” para estar atento. A primeira é praticar sem julgamento; Deixar ir pensamentos, emoções, situações boas ou ruins e simplesmente descrever ou experimentar esses eventos como eles são. Julgamentos, neste contexto, referem-se particularmente a juízos de valor (se uma situação ou pensamento é considerado “bom” ou “mau”) (KABAT-ZINN, 2017).

A tarefa aqui é notar julgamentos de valor e deixá-los ir. A segunda é praticar “*one-mindfully*”. Essencialmente, isso significa fazer uma tarefa de cada vez (e se você notar sua mente vagando por outros pensamentos ou tarefas para acompanhá-la suavemente de volta ao foco do momento). A terceira habilidade “como” é ser

eficaz. Em outras palavras, concentre-se em fazer o que funciona, agindo da forma mais habilidosa possível nessa situação, em vez de desejar que a situação fosse outra do que é (TEASDALE *et al*, 2016).

Apresentar essas habilidades aos clientes pode ser um desafio e, muitas vezes, o terapeuta novato se afastará dessa tarefa por temer que os clientes considerem a tarefa muito abstrata, desafiadora demais ou espiritual demais. Todos esses são, é claro, julgamentos ou interpretações do terapeuta e, como tal, tornam-se oportunidades para os terapeutas praticarem as próprias habilidades (TEASDALE *et al*, 2016).

Assim como no ensino de qualquer habilidade, no entanto, o paciente precisa ser apresentado com uma lógica coerente e motivado para aplicar a nova habilidade. Uma maneira de fazer isso é fazer uma pergunta (tanto de pacientes quanto de terapeutas): quanto tempo é gasto mentalmente no passado ou no futuro? Até que ponto gastar tempo no passado e no futuro reduz ou aumenta o sofrimento? (TEASDALE, 2016).

Para aqueles com passado traumático e futuros aparentemente sem esperança, este é um grande problema. Ao se tornar mais atento, mais presente no momento atual, a experiência é de uma sensação crescente de que os processos de atenção não precisam estar no piloto automático o tempo todo. Como os pacientes muitas vezes sentem-se à mercê de seus processos de atenção automáticos e reativos, podem estar muito motivados a aprender qualquer habilidade que auxilie nesse processo (KABAT-ZINN, 2017).

É importante enfatizar duas coisas aqui, para pacientes e terapeutas. Primeiro, aprender essa habilidade não é fácil (embora possa parecer simples). Segundo, a Mindfulness não é projetada para fazer uma pessoa se sentir melhor ou mais relaxada. Pelo contrário, é projetada para ajudar uma pessoa a permanecer no momento presente e, a partir dessa perspectiva, lidar com o que está surgindo no momento presente da maneira mais eficaz possível (KABAT-ZINN, 2017).

Terapia-cognitivo Baseada em *Mindfulness*

A Kabat-Zinn desenvolveu uma abordagem baseada em *Mindfulness* para reduzir o estresse no Centro Médico da Universidade de Massachusetts em Worcester, Massachusetts (KABAT-ZINN, 1990, 1994; KABAT-ZINN, LIPWORTH, BURNEY *et al*, 1986; KABAT-ZINN, MASSION, KRISTELLER *et al*, 1992). Seu programa de oito semanas, duas horas e meia por semana havia sido originalmente desenvolvido para lidar com pessoas com dor física crônica, mas depois expandido para receber encaminhamentos de muitos médicos cujo estresse dos pacientes estava exacerbando significativamente uma ampla gama de condições físicas e psicológicas.

Vários ensaios abertos e randomizados mostraram que a abordagem pode

alcançar tantas mudanças quanto as melhores psicoterapias estruturadas (BAER, 2003), mas a um custo muito reduzido, uma vez que o treinamento de *Mindfulness* é baseado em classes.

As habilidades de *mindfulness* são ensinadas por um instrutor que tem uma prática diária de meditação em *mindfulness*. Para os participantes, envolve cultivar as habilidades com a prática diária de meditação em casa. Essa prática envolve aprender a concentrar a atenção em um único objeto (como a respiração ou partes do corpo) (KABAT-ZINN, 2017).

Mais tarde, a mesma qualidade de consciência não julgadora é usada para atender qualquer coisa que surja na experiência momento à momento. Desta forma, os participantes tornam-se conscientes do modo como a sua mente está frequentemente no “piloto automático”, reagindo relativamente “descuidadamente” a eventos, como a mente tenta evitar alguns resultados ou se apega a outros, e reage catastroficamente quando as coisas correm mal (KABAT-ZINN, 2017).

Uma pesquisa explorou como a abordagem de Kabat-Zinn pode ser aplicada à prevenção de recaída para depressão maior e pensamentos suicidas (MA *apud* TEASDALE, no prelo; SEGAL, WILLIAMS, TEASDALE, *et al.*, 1996; SEGAL, WILLIAMS E TEASDALE, 2002; TEASDALE, 1999; TEASDALE, SEGAL e Williams, 1995; TEASDALE, SEGAL, WILLIAMS *et al.*, 2000; WILLIAMS, TEASDALE, SEGAL *et al.*, 2000). A Terapia Cognitiva Baseada em *Mindfulness* (MBCT) incorpora técnicas cognitivas na abordagem *mindfulness* de Kabat-Zinn.

Após uma entrevista preliminar individual, os pacientes participam de oito aulas de duas horas. O objetivo da MBCT é (a) aumentar a conscientização dos pacientes sobre a experiência presente, momentânea, e (b) encorajar os pacientes a se tornarem conscientes de como estão se relacionando com sua experiência. A prática é dada em como perceber a tendência de julgar o momento à momento e a experiência de saber se é apreciado ou não. Tal julgamento dá origem ao apego a algumas experiências (estabelecendo desapontamento quando a experiência se desvanece) e aversão aos outros (estabelecendo tentativas de evitar a experiência e a frustração quando a evitação falha).

Os pacientes recebem ampla prática em aprender a trazer sua atenção de volta ao presente, usando um foco na respiração como uma “âncora”, sempre que percebem que a atenção foi desviada para fluxos de pensamentos, preocupações ou falta geral de consciência.

Consciente de onde a atenção está sendo “retirada”, os pacientes aprendem a ter uma perspectiva mais ampla de sua experiência. A lição de casa é dada a cada semana, até uma hora por dia, para realizar pelo menos 6 dias por semana. Estas são principalmente auditares da prática da *Mindfulness*, bem como prática de generalização. Evidência a preliminar para a eficácia da MBCT na redução de

pensamentos suicidas é encorajadora (MA *apud* TEASDALE, no prelo; TEASDALE, SEGAL, WILLIAMS *et al*, 2000).

Tende a se autopropetuar. Terceiro, esses hábitos muitas vezes levam a piora do humor - um efeito de “deslizamento de terra”. Em quarto lugar, há uma alternativa: estar mais atento, por isso somos capazes de nos dar a possibilidade de liberdade de escolha sobre como pensar e agir (em vez de ser guiado, pelo piloto automático, por velhos hábitos estabelecidos) (KABAT-ZINN, 2017).

A MBCT assume que há características comuns a todos os distúrbios emocionais, incluindo tendências suicidas: o que é prejudicial e uma combinação de não-percepção (hábitos antigos podem ser iniciados) mais julgamento (o desejo constante de que as coisas sejam diferentes) que dá origem a tentativas ruminativas de problema resolvido (KABAT-ZINN, 2017).

Estendendo isso à ideação suicida, supomos que muito da insuportável “dor psíquica” experimentada por pessoas suicidas surge de suas tentativas de reduzir, mudar ou consertar sua dor e dos pensamentos que surgem quando tais tentativas fracassam. O foco da MBCT na conscientização e modificação desses processos, e não na mudança de conteúdo, pode ser particularmente apropriado para pacientes suicidas (TEASDALE *et al*, 2016).

Ao contrário da terapia cognitiva, a MBCT não se propõe a conduzir experimentos para verificar a verdade da conversa interior, mas encoraja a pessoa a observar os pensamentos à medida que eles vêm e vão, ficar curiosos sobre eles, vê-los surgindo e desaparecendo, e observar quais emoções e sensações corporais elas originam (KABAT-ZINN, 2017).

Tomar consciência dos pensamentos, sentimentos e sensações corporais desta forma, sem julgá-los, reagir a eles, ou tentar suprimi-los, ou agir instantaneamente com base neles, dá tempo para que surja uma perspectiva diferente, uma perspectiva que pode envolver novas informações que haviam sido previamente inundadas pela tentativa de evitar ou reagir ao pensamento (KABAT-ZINN, 2017).

Por que adaptar esta abordagem à pessoas com risco de comportamento suicida?

Há uma série de razões pelas quais a atenção plena pode ser considerada uma abordagem útil para se adaptar ao tratamento de indivíduos suicidas. Em primeiro lugar, a ligação entre o comportamento suicida e a depressão sugeriria a potencial utilidade de explorar a aplicação da MBCT para a depressão em pacientes suicidas. Em segundo lugar, a *Mindfulness* faz sentido teórico e conceitual como uma intervenção, dado o que se entende sobre os processos que levam ao pensamento e comportamento suicida. Ambos serão explorados com mais detalhes.

Comportamento suicida e depressão estão intimamente ligados. A depressão em comportamento suicida é grave mas não fatal (aquela proporção de comportamento

suicida que seria removida se a depressão fosse tirada do quadro) é de 80 por cento (BEAUTRAIS, JOYCE, MULDER *et al*, 1996). Dado o aumento do risco de suicídio associado ao comportamento suicida na depressão, particularmente naqueles com curso crônico, a prevenção eficaz de recaída e recorrência na depressão maior é um desafio central no gerenciamento geral do risco de suicídio.

Além disso, tornou-se cada vez mais claro que o manejo da depressão precisa se expandir além de simplesmente lidar com o episódio agudo e se concentrar na prevenção de recaída e recorrência. Dados sugerem que pacientes deprimidos experimentarão uma média de quatro episódios depressivos maiores em toda a vida, com duração de 20 semanas cada (JUDD, 1997).

Isso significa que uma grande contribuição para os riscos associados à depressão maior (incluindo o comportamento suicida) é que, além de ser uma condição com alta taxa de incidência, também é uma condição caracterizada por recidiva, recorrência e cronicidade. Da mesma forma, é possível que, uma vez que um episódio de comportamento suicida tenha ocorrido, novos episódios possam ser mais facilmente desencadeados, análogo aos fenômenos de *kindling* que aumentam o risco de depressão recorrente (VAN HEERINGEN, HAWTON *apud* WILLIAMS, 2000).

A maioria dos modelos de comportamento suicida identifica uma série de características comuns, uma consideração que irá iluminar os usos potenciais da *Mindfulness*. O componente central da maioria dos modelos é a presença de intensa dor psicológica, muitas vezes relacionada a questões de perda, derrota, rejeição ou todos os três.

No contexto de altos níveis de afeto decorrentes de tais eventos, há uma ausência de percursos de fuga percebidos ou iniciados pelo sofredor ou de fato iniciados por outros, isto é, uma ausência de apoio social. A presença de altos níveis de afeto na ausência dos meios de fuga ou resgate leva a um sentimento de impotência e desesperança e, muitas vezes, à sensação de que a situação é insuportável e intolerável; um contexto em que o suicídio pode parecer mais viável como uma solução (O'CONNOR, 2003; O'CONNOR *apud* SHEEHY, 2000; WILLIAMS *apud* POLLOCK, 2001).

A experiência da própria dor psicológica e a capacidade de gerar e / ou extrair ajuda de outras pessoas são afetadas por vários processos cognitivos. Os indivíduos aflitos são mais propensos a experimentar preconceitos de atenção, de modo que eles são mais sensibilizados para sinais que indicam derrota ou perda ou outros temas compatíveis com seu humor atual angustiado. A identificação de tais sinais pode levar à ativação ou exacerbação automática do afeto negativo. A *Mindfulness* pode ser útil aqui para interromper a automaticidade desse processo; aumentar o conhecimento do indivíduo sobre essa ativação pode diminuir o impacto da própria

ativação (WATKINS *apud* TEASDALE, 2001).

Um aspecto da ativação de estados negativos de humor, em particular na depressão, que tem sido considerada relevante em processos suicidas é a ruminação, um estilo de pensamento que tem um autofoco repetitivo e recorrente em particular em torno dos sintomas, suas causas e consequências. A ruminação pode ser particularmente importante no processo suicida de duas maneiras. Primeiramente, a ruminação tem se mostrado experimentalmente importante na manutenção da memória super geral (WATKINS *apud* TEASDALE, 2001).

A memória super general, em que indivíduos demonstram uma dificuldade repetida em recordar aspectos detalhados de sua memória autobiográfica, tem sido repetidamente mostrada como uma característica de indivíduos que se envolveram em comportamentos suicidas e está ligada à má resolução de problemas nesses indivíduos (EVANS, WILLIAMS, O'LOUGHLIN *et al*, 1992; WILLIAMS *apud* BROADBENT, 1986).

A ruminação pode, portanto, diminuir a probabilidade de que rotas alternativas de escape sobre o suicídio sejam identificadas. Em segundo lugar, a ruminação também pode afetar a disposição do indivíduo em resolver seus problemas (LYUBOMIRSKY, TUCKER, CALDWELL *et al*, 1999) e a capacidade de processamento executivo disponível para solucionar problemas (WATKINS *apud* BROWN, 2002).

Com o passar do tempo, esses processos internos ruminativos podem se tornar mais evidentes no desencadeamento do comportamento suicida do que nos eventos estressantes. Isto seria apoiado pelo trabalho de Joiner *apud* Rudd (2000), demonstrando que o comportamento suicida em múltiplas tentativas é menos associado a eventos estressores externos que, pela primeira vez, tentam.

Esses processos ruminativos podem ser afetados por tratamentos de *mindfulness* de várias maneiras. Em primeiro lugar, uma ênfase inicial nos programas de terapias cognitivas e MBCT é a identificação da tendência que muitas pessoas têm de estar no piloto automático a maior parte do tempo. Começar identificando essa automaticidade é importante (KABAT-ZINN, 2017).

Essa tendência de estar no piloto automático torna as pessoas vulneráveis ao comportamento suicida particularmente em risco, porque elas não estão cientes da ativação de pensamentos negativos e da escalada catastrófica das emoções por pequenas mudanças de humor até que seja tarde demais (KABAT-ZINN, 2017).

Em segundo lugar, a *Mindfulness* concentra-se em maneiras pelas quais as pessoas podem aprender a manter o foco de sua atenção em face da tendência da mente vagar constantemente. Esse aspecto da abordagem é muito importante por causa da necessidade de ensinar aos pacientes uma maneira de lidar habilmente com aqueles momentos em que sua mente está refletindo sobre temas negativos (TEASDALE, 2016).

O objetivo é perceber, sem julgamento, onde a atenção se foi quando a mente vagueia, e tomar uma decisão deliberada sobre se é onde você quer que a mente esteja. É uma consciência maior que é ensinada, ao invés da suposição de que existem lugares bons e ruins para a mente ser e estar (KABAT-ZINN, 2017).

Finalmente, a MBCT torna explícito o que já está implícito na terapia cognitiva: a importância de aprender a tratar os pensamentos como pensamentos. Na terapia cognitiva, diferentes estratégias são entrelaçadas a serviço da identificação de temas, suposições, pensamentos e imagens negativas, avaliando as evidências a favor e contra sua validade (KABAT-ZINN, 2017).

O objetivo é reduzir o grau de crença que o paciente tem no pensamento ou imagem. Dessa forma, os pacientes que passaram pela terapia cognitiva conseguem enxergar melhor seus pensamentos simplesmente como pensamentos, essa mudança de perspectiva em relação ao pensamento é uma parte importante do que a terapia cognitiva faz, mas o modelo cognitivo poderia prever que, a menos que o grau de crença no pensamento mude, a mudança de comportamento não será imediata ou não durará. A MBCT sugere aprender a sair do piloto automático e como mudar a perspectiva do pensamento (ver os pensamentos como pensamentos) é fundamental (KABAT-ZINN, 2017).

Além dessas razões, no entanto, a natureza da abordagem *mindfulness* torna um bom caso *prima facie* para investigar como, se é oferecida aos clientes por si só, e em uma abordagem baseada em classe, em vez de terapia, pode afetar a ideação suicida e o comportamento.

A abordagem da *Mindfulness* enfatiza a importância da integridade e do bem estar, em vez de meramente o tratamento da psicopatologia. Isso é importante porque, quando pacientes suicidas chegam para tratamento, seus piores sintomas podem ter diminuído, a crise pode ter passado e seu distúrbio de humor pode ter diminuído (SCHOTTE, COOLS *apud* PAYVAR, 1990).

4 | MÉTODO

Segundo Gil (2010), conceitua pesquisa bibliográfica da seguinte forma: A pesquisa bibliográfica é construída com base em material já publicado. Esta modalidade de pesquisa inclui material impresso, como livros, revistas, jornais, teses, dissertações e anais de eventos científicos. Todavia, em virtude da disseminação de novos formatos de informação, estas pesquisas passaram a abarcar outros tipos de fontes, como discos, fitas magnéticas, CDs, bem como o material disponibilizado pela Internet.

Para a construção do trabalho foram utilizados 22 livros de autores clássicos que abordam o suicídio, terapias cognitivas e *Mindfulness* em suas obras literárias

científicas, juntamente com 54 artigos sobre as terapias cognitivas e suas contribuições para a eficácia de pensamentos suicidas e, 5 estudos sobre a eficiência dessas terapias, assim como 5 sites que foram primordiais para o esclarecimento de algumas dúvidas e complementações de algumas partes do estudo. Sendo utilizadas as seguintes bases de dados OMS, Google Acadêmico, Paho, Nações Unidas, sendo utilizadas as palavras chaves para busca dos artigos científicos: suicídio, Terapia Cognitivo Comportamental, *Mindfulness*, MBCT, ideação suicida, pensamento suicida, comportamento suicida.

5 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

Com o objetivo de descrever e discutir sobre a eficácia da Terapia Cognitivo-Comportamental associada à técnica de *Mindfulness*, na melhora de pensamentos suicidas, foram compilados para este estudo livros, artigos científicos e sites, totalizando 79 fontes de pesquisa.

Segundo os autores Ma *apud* Teasdale; Teasdale, Segal, Williams *et al.*, (2000), conscientes do direcionamento da atenção, os pacientes aprendem a analisar de maneira mais ampla sua experiência. As tarefas de casa são dadas a cada semana, até uma hora por dia, para serem realizadas pelo menos 6 dias por semana. Sendo principalmente de monitoramento da prática de *Mindfulness*, assim como a prática de generalização. Evidências preliminares para a eficácia da MBCT na redução de pensamentos suicidas é encorajadora.

De acordo os mesmos, acredita-se que a MBCT é forte contribuidora para o tratamento de pensamentos suicidas, uma vez que estimula a parte psicopatológica do paciente afetado por pensamentos suicidas, contribuindo para a eficácia dos pensamentos. Resulta-se em um processo de treinamento que deve ser seguido rigidamente para resultados eficientes.

Entretanto, Marsha Linehan (1993a), constata que, para alguns pacientes ou terapeutas iniciantes a utilização da prática de *Mindfulness* pode ser vista como método de suprimir ou evitar pensamentos. Caso a técnica seja utilizada desta maneira há perigo de que os pensamentos retornem mais fortemente do antes da prática, e que os pacientes não sejam colocados nesta nova perspectiva de que “pensamentos são pensamentos”

Dadas estas advertências, é preciso lembrar aos profissionais que, no momento, com base nos pensamentos da autora, sugere o uso da MBCT para pacientes deprimidos e suicidas enquanto eles estão relativamente bem, ao invés de estarem em episódios ou em crises.

Teasdale, Segal e Williams (1995) desenvolveram o *Mindfulness-Based*

Cognitive Therapy (MBCT) com o objetivo, inicial, de intervenção em pacientes com depressão maior. O MBCT habilitava os pacientes a tornarem-se mais conscientes dos seus modelos automáticos de pensamentos, sentimentos e sensações corporais e pelo meio de práticas de *mindfulness*, estariam em condições de reconhecer os pensamentos intrusivos e ruminativos associados a estes quadros clínicos (Teasdale *et al*, 1995). O MBCT promove a prática de atitudes de atenção plena, de não julgamento, de compaixão e de curiosidade (Segal, Williams, Teasdale, 2002), permitindo aos sujeitos aumento da capacidade de relação com os seus pensamentos e sentimentos como simples eventos mentais passageiros e não como elementos fixos e imutáveis da mente. Os participantes aprendem a estar conscientes das reações cognitivas automáticas ao stresse ou humor negativo e a observar essas reações com curiosidade e gentileza (Raab, 2014; Segal *et al*, 2002). Este reconhecimento dos padrões da mente é possibilitado pela aceitação de tudo o que emerge na mente, agradável ou desagradável, sem a necessidade de fugir ou de lutar. Levando há uma compressão melhor dos processos mentais, o que por sua vez limita os efeitos dos pensamentos e sentimentos disfuncionais, aliviando os sintomas de ideação e comportamento suicida.

Segundo, Demarzo (2011), há evidências crescentes, a partir de estudos observacionais e experimentais, ensaios clínicos controlados e randomizados e meta análises, de que a prática de meditação regular pode contribuir para a prevenção e tratamento de diversas doenças e de condições clínicas.

O autor justifica esse fato ao aumento da qualidade de vida e redução dos níveis prejudiciais de estresse encontrados como principais resultados nas pesquisas realizadas sobre a temática.

Três estudos aferiram o impacto da promoção de *mindfulness* sobre emoções negativas (Moore, 2008; Rimes, Wingrove, 2011; Vega *et al*, 2014), com dois deles demonstrando correlações estatisticamente expressivas (Rimes; Wingrove, 2011; Vega *et al*, 2014). Observou-se diminuição de ansiedade e sintomas depressivos (Vega *et al*, 2014); redução de ruminações (Rimes, Wingrove, 2011), uma expressão cognitiva estreitamente conectada à vivência de ansiedade; e redução da expressão comportamental de raiva (Vega *et al*, 2014), o que significa maior controle atencional e menor frequência de reações automáticas motivadas pela vivência de raiva.

Teasdale, *et al*, (1995) Os exercícios de *mindfulness* permitem ao paciente aprender a perceber os primeiros sinais de perturbação emocional, e, ao mesmo tempo, manter uma perspectiva adequada sobre os pensamentos que emergem.

As práticas de *mindfulness* geram uma mudança geral na maneira de lidar com episódios privados, Beck (1995), ensina a modificação de crenças irracionais e distorções cognitivas específicas. O paciente aprende a observar e identificar os pensamentos, distorções cognitivas e crenças irracionais e a corrigi-los. Porém,

como apontam Segal, Teasdale e Williams (2004), há um aspecto de *mindfulness* que já permanecia implicitamente presente nesta terapia. O trabalho de reestruturação cognitiva, o paciente aprende que o que pensa sobre si não é a representação adequada da realidade. Aprende no procedimento que mudanças em suas atitudes influenciam suas reações emocionais. Também descobre que pode pensar diferentemente e que seus pensamentos, são produções subjetivas dele próprio. Desta forma, a terapia cognitivo-comportamental tradicional aliada a técnica de *mindfulness*, implicitamente promove mudanças amplas na relação que a pessoa mantém com seus pensamentos.

Portanto, confirma-se que a Terapia-Cognitivo Comportamental associada à Técnica da Terapia-Cognitivo Baseada na *Mindfulness* contribui para o tratamento dos pensamentos suicidas, entretanto, por enquanto indica-se que esse tratamento deve ser praticado em pacientes que estejam em um contexto emocional estabelecido, para pacientes que estejam sob crises, esse método precisa ser aperfeiçoado pois, pode resultar na piora do quadro psiquiátrico dos pacientes, uma vez que a *Mindfulness* pode dar maior atenção à um contexto desconhecido de alguma área cerebral de pacientes graves. Sendo assim, profissionais da área devem ter muita cautela e cuidado com essas especificações estabelecidas neste estudo.

6 | CONCLUSÕES

Com base nos resultados do presente estudos pode-se concluir que, há alguns anos atrás, não teríamos contemplado que uma abordagem de *Mindfulness* seria relevante para pacientes suicidas. Sua utilização com pacientes cronicamente suicidas que encorajaram a exploração uma abordagem de *Mindfulness* relativamente pura poderia oferecer para a prevenção de recaída na depressão e nos pensamentos suicidas.

A terapia cognitiva comportamental promove modificações amplas na relação que o indivíduo mantém com seus pensamentos. Como resultado de repetidas vezes identificar pensamentos, crenças e distorções e adotar uma atitude crítica em relação a estes, o paciente pode realizar uma alteração geral em sua perspectiva para os eventos cognitivos. Ao invés de tê-los como atributos de si mesmo ou representações de fatos, acaba identificando-os como eventos internos que não possuem essencialmente valor literal. É presumível que esta semelhança no nível prático (apesar da inovação teórica) tenha promovido a rápida assimilação de *Mindfulness* na terapia cognitivo comportamental.

Acredita-se que essa reorientação é claramente relevante para os pacientes suicidas de forma mais geral: pois eles frequentemente apresentam falhas nos testes de realidade, dificuldades em gerenciar a experiência do afeto (raiva, ansiedade,

tristeza) e os pensamentos e crenças que acompanham essas emoções (abandono e desesperança) e, como resultado, tendem a agir impulsivamente.

Pode ser um tremendo alívio para os pacientes descobrirem que não precisam lutar contra seus pensamentos negativos; que ter tais pensamentos não significa que eles são estúpidos, sem valor ou estão enlouquecendo. Eles ficam intrigados ao descobrir que, quando desistem de lutar por eles ou tentam suprimi-los, os pensamentos podem perder parte de seu poder.

Tais batalhas dentro da mente estão no cerne do caminho final comum para o comportamento suicida, qualquer abordagem que possa ajudar a pessoa a lidar habilmente quando tais batalhas ameaçam dominá-las, são de suma importância e levando em consideração que a MBCT, reduz os sintomas que eventualmente levam pacientes a ideação ou comportamento suicida, fica evidente que sua utilização é um importante ferramenta no tratamento e na prevenção de recaídas, somada a outras formas de tratamento, como as psicoterapias estruturadas e medicamentos.

REFERÊNCIAS

ABE, R., SHIOIRI, T., NISHIMURA, A., NUSHIDA, H., UENO, Y., KOJIMA, M., SOMEYA, T. 2004. Quebra econômica e método de suicídio: estudo preliminar em Kobe. **Psiquiatria e Neurociências Clínicas**, 58, 213-216.

ARENSMAN, E., KOBURGER, N., LARKIN, C. *et al.* (2015). **Consciência de depressão e autogestão através da Internet: protocolo para uma abordagem padronizada internacionalmente**. *Protocolos de Pesquisa JMIR*, 4 (3), e99.

BAER, R.A., 2003. **Treinamento de atenção plena como uma intervenção clínica: uma revisão conceitual e empírica**. *Clínica Psicologia Ciência e Prática*, 10 (2), 125–143.

BEAUTRAIS, A. L., JOYCE, P.R., MULDER, R.T., *et al.* 1996. Prevalência e co-morbidade de transtornos mentais em pessoas que fazem tentativas graves de suicídio: um estudo de caso-controle. **American Journal of Psychiatry**, 153, 1009-1014.

BECK, A, KOVACS, M *APUD* WEISSMAN, A. Beck Escala de Ideação Suicida (BSS); Escala de Ideação Suicida (SSI). In: Rush JA, Primeiro MB, Blacker D. (eds.) **Manual de Medidas Psiquiátricas** (2ª edição). Washington, DC: American Psychiatric Publishing, Inc. 2008. 242-244.

BECK, A, SCHUYLER, D E HERMAN, I. Suicide Intent Scale (SIS). In: Rush JA, Primeiro MB, Blacker D. (eds.) **Manual de Medidas Psiquiátricas**. 2ª ed. Washington, DC: American Psychiatric Publishing, Inc. 2008. 244-245.

BECK, A. T, BROWN, G, STEER, R. A. Previsão do suicídio eventual em pacientes psiquiátricos por classificação clínica de desesperança. **Revista de Consultoria e Psicologia Clínica**. 1989. 57-309.

BECK, A. T, MARROM, G. K, BERCHICK, R. J, STEWART, B. L, & STEER, R. A. **Relação entre Desespero e Suicídio Final: Uma Replicação com Saída Psiquiátrica**. 2004. 11-27.

BECK, A. T, MARROM, G. K, STEER, R. A., DAHLSGAARD, K. K, & GRISHAM, J. **Suicídio Ideação no seu pior ponto: Um preditor de eventual suicídio em pacientes ambulatoriais psiquiátricos. Comportamento Ameaçador da Vida Suicida**. 1999. 1-29.

BECK, A. T, RUSH, A. J, SHAW, B. F, E EMERY, G. **Terapia Cognitiva da Depressão**. Nova Iorque: The Guildford Press, 1979.

BECK, A. T, SCHUYLER, D, E HERMAN, I. **Desenvolvimento de Escalas de Intenção Suicida**. Em: Beck T, Resnik HLP, Lettier DJ. Ed. A previsão do suicídio. Bowie, MD: Charles Press, 1974.

BECK, A. T, WEISHAAR, M. E. Suicide Risk Assessment and Prediction Crise. **The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention**, 1990. 11 (2), 22-30.

BECK, A. T, WEISSMAN, A, LESTER, D E TREXLER, L. BECK. Hopelessness Scale (BHS). In: Rush JA, Primeiro MB, Blacker D. Ed. **Manual de Medidas Psiquiátricas** 2ª ed. Washington, DC: American Psychiatric Publishing, Inc, 2008. 247-248.

BECK, A. T. **Abordagens Cognitivas ao Transtorno do Pânico: Teoria e Terapia**. Em: Rach-man S, Maser JD. ed. Panic: Perspectivas Psicológicas. Hillsdale, NJ: Erlbaum 1988. 91-109.

BECK, A. T. Desesperança como um Preditor do Suicídio Eventual. In: Mann JJ, Stanley M. (ed.) **Annals da Academia de Ciências de Nova York, Psicologia e Comportamento Suicida**. Nova York: Academia de Ciências de Nova York; 1986. 487, 90-96.

BECK, A. T., KOVACS, M E WEISSMAN, A. **Desespero e comportamento suicida: uma visão geral**. JAMA, 1975. 234-1146.

BECK, J. **Cognitive Therapy para problemas desafiadores: o que fazer quando o básico não funciona**. Nova Iorque, The Guilford Press, 2005.

BECK, J. S. **Terapia Comportamental Cognitiva: Basics and Beyond** 2ª ed. Nova Iorque, The Guildford Press, 2011.

BECK, J. S. **Terapia Cognitivo Comportamental Teoria e Prática**, 05-220, 2ª ed. Brasil, Artmed, 2013.

BECKER, E. S, STROHBACH, D, E RINCK, M. Um viés de atenção específico em agressores suicidas. **O Journal of Nervous and Mental Disease**, 1999. 187-730.

BOHUS, M., HAAF, B., SIMMS, T. et al. (no prelo). **Eficácia da terapia comportamental dialética em pacientes para transtorno de personalidade borderline: Um estudo controlado**. Pesquisa e Terapia Comportamental.

BORKOVEC, T., 2002. Vida no futuro versus vida no presente. **Clínica Psicologia Ciência e Prática**, 9, 76-80.

BERKOWITZ, L., MCCAULEY, J., SCHURMAN, D.L. & JORDAN, J.R. (2011). **Postunização organizacional após a morte por suicídio**. Em. J.R. Jordan & J.L. McIntosh (Eds.) Luto após o suicídio. Londres, Routledge.

BROWN, G. K. T. T. HENRIQUES GR, XIE SX, HOLLANDER JE, BECK A.T., CHILES, J. A, & STROSAHL, K. D. **Manual Clínico para Avaliação e Tratamento de Pacientes Suicidas**. Washington, DC: American Psychiatric Publishing, Inc, 2005

CLARK, D. M, & TEASDALE, J. D. Variação Diurna na Depressão Clínica e Acessibilidade de Memórias de Experiências Positivas e Negativas. **Journal of Abnormal Psychology**, 1982. 91-87.

DEMARZO, M. M. P., Meditação aplicada à saúde. 125-141, **Mindfulness Brasil**, 2011.

EYSENCK, H.J. & MARTIN, I. Ed. 1987. Fundamentos Teóricos da Terapia Comportamental. Nova York e Londres: Plenum Press. clientes. **American Journal of Psychiatry**, 1990. 147-190.

GIL, ANTONIO CARLOS. **Como Elaborar Projetos de Pesquisa**. 5ª ed. São Paulo: Atlas, 2010.

KABAT-ZINN, J., **Viver a catástrofe total**, 1º ed. São Paulo, 2017. 85-250

KOVACS, M, BECK, A E WEISSMAN, A. **Desesperança: um indicador do risco de suicídio**. Suicídio, 1975. 5-98

LINEHAN, M. M. **Tratamento Cognitivo-Comportamental do Transtorno da Personalidade Borderline**. Nova Iorque: The Guildford Press, 1993.

LINEHAN, M.M. (1993b). **Manual de treinamento de habilidades para o tratamento do transtorno de personalidade borderline**. Nova Iorque: Guilford Press.

LINEHAN, M.M., 1997. Validação e psicoterapia. Em A. Bohart & L. Greenberg Ed. Empatia e psicoterapia: novas direções para a teoria, pesquisa e prática. 352-392. Washington D.C. : **Associação Americana de Psicologia**.

LINEHAN, M.M. (1999). Desenvolvimento, avaliação e disseminação de tratamentos psicossociais eficazes: níveis de desordem, estágios de cuidado e estágios de pesquisa de tratamento. Em M.G. Glantz & C.R. Hartel (Eds.), Abuso de drogas: origens e intervenções 367-394. Washington D.C, **Associação Americana de Psicologia**.

LINEHAN, M. M., ARMSTRONG, H. E., SUAREZ, A., et al, 1991. **Tratamento cognitivo-comportamental de pacientes borderline cronicamente para-suicidas**. Arquivos da psiquiatria geral, 48, 1060-1064.

LYUBOMIRSKY, S., TUCKER, K. L., CALDWELL, N.D., et al, 1999. **Por que ruminadores são solucionadores de problemas pobres: pistas da fenomenologia da ruminação disfônica**. *Jornal da Personalidade e Psicologia Social*, 77 (5), 1041-1060.

MARCENEIRO TE JRSTEER RA, BROWN G. BECK AT, PETTIT JW, RUDD MD. **Planos suicidas de pior ponto: uma dimensão de suicídio preditiva de tentativas passadas de suicídio e morte eventual por suicídio**. *Behav Res Ther* 2003. 41-1469.

MA, S.H. & TEASDALE, J.D. no prelo, 2003. Terapia Cognitiva Baseada na Consciência para a Depressão: Replicação e exploração de efeitos de prevenção de recaída diferencial. **Revista de Consultoria e Psicologia Clínica**.

NEURINGER, C. Avaliações dicotômicas em indivíduos suicidas. **Journal of Consulting Psychology**, 1961. 25-445.

NEURINGER, C. Pensamento Rígido em Indivíduos Suicidas. **Journal of Consulting Psychology**, 1964. 28-54.

O'CONNOR, R.C. 2003. **Comportamento suicida como um grito de dor: Teste de um modelo psicológico**. *Arquivos de Pesquisa Suicida*, 7, 1-12.

O'CONNOR, R.C. & SHEEHY, N.P., 2000. **Entendendo o comportamento suicida**. Leicester: BPS, Blackwell.

O'CONNOR, E., GAYNES, B., BURDA. B.U. et al, 2013. **Triagem para risco de suicídio em atenção primária: uma revisão sistemática de evidências para a Força-Tarefa de Serviços Preventivos dos EUA**. Rockville (MD): Agência de Pesquisa e Qualidade em Assistência Médica; 2013. abr. Report

O'CONNOR, R.C., 2011. **Rumo a uma motivação motivacional integrada do comportamento suicida.** Em R.C. O'Connor, S. Platt, & J. Gordon, Ed, Manual Internacional de Prevenção do Suicídio: Pesquisa, Política e Prática. Wiley Blackwell.

O'CONNOR, R.C., CLEARE, S., ESCHLE, S. *et al*, 2016, **O modelo motivacional-volitivo integrado do comportamento suicida: uma atualização.** Em R.C. O'Connor & J. Pirkis (Eds.) O Manual Internacional de Prevenção ao Suicídio 2^a ed. Chichester: Wiley-Blackwell.

O'CONNOR, R.C. & NOCK, M.K. 2014. **A psicologia do comportamento suicida.** The Lancet, 1 (1), 73–85.

O'CONNOR, R.C., FERGUSON, E., SCOTT, F. *et al*, 2017. **Um estudo randomizado controlado de uma breve intervenção psicológica para reduzir a repetição de auto mutilação em pacientes internados no hospital após uma tentativa de suicídio.** Lancet Psychiatry, 4 (6), 451-60.

POLLOCK, L. R. WILLIAMS JMG. **Solução Eficaz de Problemas em Desastresadores de Suicídio depende da Recall Autobiográfica Específica.** Suicídio e Comportamento que Ameaça a Vida, 2001. 31-386.

POSNER, K, BROWN, G. K, STANLEY, B, BRENT, D. A, YERSHOVA, K. V, OQUENDO, M. A, CURRIER, G. W, GREENHILL, L, SHEN, S E MANN, JJ. A Escala de Gravidade de Grau-Suicídio de Colúmbia: Resultados de Validade Inicial e Consistência Interna de Três Estudos Multisite com Adolescentes e Adultos. **American Journal of Psychiatry**, 2011. 168 (12), 1266-1277.

RAJ, A. J, KUMARAIAH, V, & BHIDE, A. V. **Intervenção Cognitivo-Comportamental em Deliberate Auto-Harm.** Acta Psychiatrica Scandinavica 2008. 104-340.

RATHUS, J.H. & MILLER, A.L., 2002. **Terapia Comportamental Dialética adaptada para adolescentes suicidas.** Suicídio e Comportamento de Ameaça à Vida, 32 (2), 146–157.

REINECKE, M. A. Resolução de Problemas: **Uma Abordagem Conceitual da Suicidalidade e Psicoterapia.** Em: Ellis ET. ed. Cognição e Suicídio: Teoria, Pesquisa e Terapia. Washington, DC: American Psychological Association; 2006. 237-260.

REINECKE, M. DUBOIS D, SCHULTZ T. **Resolução de Problemas Sociais, Humor e Suicidalidade entre Adolescentes Internados.** Terapia Cognitiva e Resaerch. 2001. 25-743.

REINECKE, M. **Suicide and Depression.** In: Dattilio FM, Freeman A. ed. **Estratégias cognitivas comportamentais na intervenção de crise.** Nova Iorque: The Guilford Press, 1994. 67-103.

ROEMER, L., & ORSILLO, S.M., 2002. **Expandindo nossa conceituação e tratamento para o Transtorno de Ansiedade Generalizada: Integração do Mindfulness, Abordagens baseadas na aceitação com modelos cognitivo-comportamentais existentes.** Clínica Psicologia Ciência e Prática, 9, 54-68.

RUDD, M. D, MARCENEIRO, T & RAJAB, M. H. **Tratando Comportamento Suicida: Uma Abordagem Eficiente Limitada no Tempo.** Nova Iorque: The Guildford Press, 2001.

SALKOVSKIS, P. M, ATHA, C, & STORER, D. **Cognitivo-Comportamental Resolução de Problemas em o tratamento de pacientes que repetidamente tentam suicídio: um estudo controlado.** **British Journal of Psychiatry**, 1990. 157-871.

SCHOTTE, D & CLUM, G. **Ideação Suicida em uma População Universitária: Um Teste de um Modelo.** **Revista de Consultoria e Psicologia Clínica**, 1982. 50-690.

SHNEIDMAN, E. S. **Compreender o Suicídio: Marcos na Suicidologia do Século XX.** Washington, DC: **American Psychological Association.** 2001.

SHNEIDMAN, E. S. **A Lógica do Suicídio.** Em: Scheidman ES, Farberow N. (eds.) **Dicas para o suicídio.** Nova York: McGraw-Hill, 1959.

SEGAL, Z.V., TEASDALE, J.D., WILLIAMS, J. M., *et al*, 2002. **A Escala de Adesão à Terapia Cognitiva Baseada em Mindfulness: Reliabilidade inter examinador, adesão ao protocolo e distinção do tratamento.** *Psicologia Clínica e Psicoterapia*, 9, 131-138.

SHNEIDMAN, E. S. **Suicide como Psiquê: Uma Abordagem Clínica ao Comportamento Auto-Destrutivo.** Northvale, NJ: Aronson, 1993.

STEWART, D C., QUINN, A, PLEVER, S, & EMMERSON, B. **Comparando Terapia Cognitivo-Comportamental, Terapia para Resolução de Problemas e Tratamento como Usual em População de Alto Risco.** *Suicídio e Comportamento de Ameaça à Vida*, 2010. 39-538.

TARRIER, N, TAYLOR, K. & GOODING, P. **Intervenções Cognitivo-Comportamentais para Reduzir o Comportamento Suicida: Uma Revisão Sistemática e Metanálise. Modificação do Comportamento.** 2008. 32 (1), 77-108.

TEASDALE, J. D, & TAYLOR, R. Humor Induzido e Acessibilidade de Memórias: Um Efeito do Estado de Humor ou de Procedimento de Indução?. *Revista Britânica de Psicologia Clínica.* 1981. 20-39.

TEASDALE, J.D. (1999). **Processamento emocional, três modos de mente e a prevenção da recaída na depressão.** *Pesquisa e Terapia do Comportamento*, 37, S53-S78.

TEASDALE, J.D., SEGAL, Z.V., WILLIAMS, J.M.G., 1995. **Como a terapia cognitiva impede a recaída da depressão e por que a atenção deve ser treinada?** *Behaviour Research and Therapy*, 33, 25-39.

TEASDALE, J.D., WILLIAMS, J.M.G & SEGAL Z.V., **MANUAL PRÁTICO DE MINDFULNESS**, 1º ed. Brasil, 2016.

Terapia para a Prevenção de Tentativas de Suicídio: Um Ensaio Controlado Aleatório. *JAMA*, 2005. 294 (5), 563-570.

WENZEL, A, BROWN, G. K, E BECK, A. T. **Terapia Cognitiva para Pacientes Suicidas: Aplicações Científicas e Clínicas.** Washington, DC: **American Psychological Association;** 2009.

WILLIAMS JMGBARNHOFER T, CRANE C, DUGGAN DS. **O papel da memória overgeneral em Suicidality.** Em: Ellis ET., ed. **Cognição e Suicídio: Teoria, Pesquisa e Terapêutica py.** Nova Iorque: American Psychological Association, 2006. 173-192.

WILLIAMS JMGBROADBENT K. **Memória Autobiográfica em Atiradores Suicidas.** *Journal of Abnormal Psychology*, 1986. 95-144.

WILLIAMS, J.M.G. & POLLOCK, L.R. 2001. **A psicologia do comportamento suicida.** Em K. Hawton e K. van Heeringen. Ed. **O manual internacional de suicídio e tentativa de suicídio.** Londres, John Wiley

WILLIAMS, J.M.G, TEASDALE, J.D, SEGAL, Z.V. *et al*, 2000. **Terapia cognitiva baseada na atenção plena reduz a memória autobiográfica geral em pacientes anteriormente deprimidos.** *Journal of Abnormal Psychology*, 109, 150-155.

Washington, DC: ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSICOLOGIA; o tratamento de pacientes que

repetidamente tentam suicídio: um estudo controlado. **British Journal of Psychiatry**, 1990. 157-871.

YOUNG, M, FOGG, L, SCHEFTNER, W, FAWCETT, J, AKISKAL, H, & MASER, J. Componentes Estáveis de Desespero: Linha de Base e Sensibilidade da Depressão. **Journal of Abnormal Psychology**, 1996. 105-105.

ZURILLA, D, CHANG, T, NOTTINGHAM, E, & FACCINI, E. L. Déficits de resolução de problemas sociais e desesperança, depressão e risco de suicídio em universitários e pacientes internados em psiquiatria. **Journal of Clinical Psychology**, 1998. 54-1091.

ZURILLA, D, NEZU, T E MAYDEU-OLICARES, A. **A. Resolução de Problemas Sociais: Teoria e Avaliação.** In: Chang E, D’Zurilla T, Sanna C. (eds.) Resolução de Problemas Sociais: Teoria, Pesquisa e Treinamento.

ZURILLA, D, NEZU, T, Resolução de problemas, A. **Terapia: Uma Abordagem de Competência Social à Intervenção Clínica.** 2ª ed. Nova York: Springer Publishing Company, 1999.

SITES

https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5674:suicidio-e-grave-problema-de-saude-publica-e-sua-prevencao-deve-ser-prioridade-afirma-opas-oms&Itemid=839 .

https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5671:folha-informativa-suicidio&Itemid=839 .

<https://nacoesunidas.org/oms-suicidio-e-responsavel-por-uma-morte-a-cada-40-segundos-no-mundo> .

<http://g1.globo.com/ciencia-e-saude/noticia/2014/09/brasil-e-o-8-pais-com-mais-suicidios-no-mundo-aponta-relatorio-da-oms.html> .

<http://www.howtodoaliteraturereview.com>.

ÍNDICE REMISSIVO

A

Abuso Sexual 49, 50, 51, 52, 53, 55, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63

Adoção 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 29, 30, 31

Análise do Comportamento 224, 225, 226, 230

Ansiedade 12, 13, 15, 21, 91, 92, 93, 94, 95, 96, 97, 98, 99, 101, 102, 103, 185, 188, 189, 190, 191, 192, 197, 198, 199, 200, 201, 202, 203, 204, 205, 206, 207, 208, 222, 223, 224, 225, 226, 227, 228, 229, 230, 231, 286, 287, 289, 290, 303, 304, 308, 311, 312, 313, 314, 316, 317, 318, 319, 320

Antissocial 164, 165, 167

Apoio Social 1, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 11, 13, 14, 15, 16, 53, 193, 299

B

Bem-Estar 7, 8, 77, 83, 101, 132, 134, 135, 137, 138, 139, 140, 141, 142, 143, 144, 145, 148, 151, 171, 184, 185, 235

C

Controle esfinteriano 104, 106, 110, 111, 119, 121, 124

Criança 6, 13, 14, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 77, 80, 82, 83, 84, 85, 88, 89, 91, 92, 93, 96, 97, 99, 100, 101, 104, 106, 108, 109, 110, 111, 112, 113, 114, 116, 117, 118, 119, 120, 121, 122, 125, 126, 127, 129, 130, 131, 198, 199, 200, 201, 202, 204, 217, 227, 228, 275, 278, 279, 280, 281, 283

Crime 48, 166, 167, 174, 178, 181, 200

Cromoterapia 311, 312, 313, 314, 317, 318, 319, 320

Cuidador 59, 145, 146, 147, 148, 149, 150, 151, 152

D

Desenvolvimento Infantil 14, 65, 67, 68, 69, 72, 104, 105, 106, 110, 126, 127, 128, 208

Desenvolvimento Moral 75, 76, 77, 84

Desenvolvimento Motor 64, 65, 66, 67, 68, 72, 73, 74, 110

Diagnóstico 14, 54, 95, 102, 197, 198, 199, 200, 204, 206, 207, 209, 212, 213, 215, 216, 219, 220, 226, 227, 228, 230, 231

E

Emoções 1, 8, 12, 22, 89, 90, 93, 101, 140, 179, 229, 289, 290, 293, 294, 295, 298, 300, 303, 305, 312, 316

Envelhecimento 132, 133, 134, 135, 136, 137, 138, 139, 140, 141, 142, 143, 144, 145, 146, 147, 148, 149, 150, 151, 152

Escola 14, 53, 73, 75, 76, 80, 81, 82, 84, 92, 93, 97, 128, 131, 152, 197, 199, 200, 201, 202, 203, 205, 206, 207, 208, 214, 222, 227, 275, 279, 280, 281, 282, 283, 285, 318

Escolarização 125, 283

Esquizofrenia 209, 210, 216, 217, 218

Esteatose hepática 245, 246, 248, 252

Estresse 8, 15, 21, 23, 62, 92, 96, 97, 147, 150, 183, 184, 185, 186, 187, 188, 189, 190, 191, 193, 194, 195, 196, 203, 205, 207, 208, 216, 218, 248, 286, 287, 289, 296, 303, 312, 316

F

Frutose 245, 248, 249, 250, 251, 252, 253

G

Gestação 1, 2, 3, 4, 7, 8, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 65

I

Idoso 133, 134, 137, 142, 144, 146, 147, 148, 149, 150, 151, 152, 221

Inconsciente 217, 218, 220, 228, 257, 260, 264

Infância 20, 21, 22, 49, 62, 63, 64, 65, 68, 73, 91, 92, 93, 94, 95, 96, 98, 99, 102, 105, 125, 127, 128, 130, 131, 132, 200, 207, 208, 214, 226, 231, 285

J

Justiça 21, 22, 23, 30, 55, 57, 58, 62, 77, 78, 79, 164, 168, 170, 173, 175, 212, 215

L

Ludicidade 125, 126, 127, 128, 129, 130

M

Memória Coletiva 170, 175, 179

Mindfulness 40, 43, 99, 101, 103, 187, 193, 194, 196, 286, 287, 288, 293, 294, 295, 296, 297, 298, 299, 300, 301, 302, 303, 304, 308, 309

N

Neuropsicopedagogia 64, 321

O

Obesidade 2, 201, 245, 247, 249, 250, 253, 254

P

Psicanálise 105, 209, 218, 220, 257, 321

Psicologia Histórico Cultural 125, 129

Psicologia Jurídica 49, 53, 55, 57, 61, 62, 63

Psicologia Social 133, 170, 177, 179, 180, 285, 307

Psicopedagogia 145, 197, 199, 204, 205, 207, 220

Psicossomática 183, 185, 195

Psiquiatria 14, 95, 102, 169, 204, 209, 210, 212, 213, 215, 220, 221, 230, 305, 307, 310

Q

Qualidade de vida 6, 7, 9, 13, 15, 16, 73, 132, 135, 136, 137, 138, 140, 141, 142, 143, 144, 146, 147, 151, 158, 183, 184, 185, 186, 187, 188, 189, 191, 192, 193, 194, 195, 196, 218, 224, 230, 303, 312

R

Racismo 153, 155, 156, 158, 159, 162, 240, 243

S

Saúde 1, 2, 3, 5, 6, 7, 8, 9, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 24, 30, 61, 65, 66, 67, 68, 69, 72, 73, 74, 78, 94, 95, 96, 97, 98, 101, 103, 106, 132, 133, 134, 135, 137, 138, 139, 140, 141, 142, 143, 144, 145, 147, 148, 149, 150, 151, 152, 154, 155, 156, 157, 158, 159, 160, 162, 163, 169, 171, 174, 183, 184, 185, 186, 187, 188, 189, 190, 191, 192, 193, 194, 195, 196, 197, 198, 199, 200, 205, 206, 207, 209, 210, 211, 212, 213, 216, 218, 219, 220, 221, 222, 223, 224, 226, 227, 230, 231, 245, 251, 252, 306, 313, 318, 319, 321

Saúde Mental 1, 13, 96, 152, 174, 187, 188, 194, 196, 198, 199, 207, 209, 210, 211, 212, 213, 218, 219, 220, 221, 223, 227, 230

Simbólico 12, 128, 130, 214, 262, 263, 264, 265, 266, 270, 271, 279, 283

Subjetividade 135, 136, 138, 140, 170, 176, 177, 182, 216

Suicídio 192, 211, 215, 219, 229, 287, 288, 294, 299, 300, 301, 302, 305, 306, 307, 308, 309, 310

T

Tecnologia da Informação 276

Terapia Cognitivo Comportamental 286, 287, 288, 293, 302, 304, 306

Terapias Alternativas 311, 312, 317, 318, 320

Transtorno de Personalidade 164, 165, 167, 294, 306, 307

 **Atena**
Editora

2 0 2 0