

**FACULDADE PATOS DE MINAS**  
**DEPARTAMENTO GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA**  
**CURSO BACHARELADO EM PSICOLOGIA**

**AMANDA CAROLINE SILVA FREITAS**

**AS CONTRIBUIÇÕES DA TERAPIA COGNITIVO-  
COMPORTAMENTAL NO MANEJO DO SUICÍDIO**

**PATOS DE MINAS**  
**2017**

**FACULDADE PATOS DE MINAS**  
**DEPARTAMENTO GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA**  
**CURSO BACHARELADO EM PSICOLOGIA**

**AMANDA CAROLINE SILVA FREITAS**

**AS CONTRIBUIÇÕES DA TERAPIA COGNITIVO-  
COMPORTAMENTAL NO MANEJO DO SUICÍDIO**

Artigo apresentado à Faculdade Patos de Minas como requisito para conclusão do Curso de Graduação em Psicologia. Para finalidade de obtenção do título de Bacharel em Psicologia, podendo gozar dos direitos de Psicólogo.

Orientador: Prof. Me. Arthur Siqueira de Sene

FACULDADE PATOS DE MINAS  
DEPARTAMENTO GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA  
Curso Bacharelado em Psicologia

**AMANDA CAROLINE SILVA FREITAS**

**AS CONTRIBUIÇÕES DA TERAPIA COGNITIVO-  
COMPORTAMENTAL NO MANEJO DO SUICÍDIO**

Banca Examinadora do Curso de Bacharelado em Psicologia, composta em 30 de novembro de 2017.

Orientador: Prof. Me. Arthur Siqueira de Sene  
Faculdade Patos de Minas

Examinadora 1: Profa. Ma. Résia Silva de Moraes  
Faculdade Patos de Minas

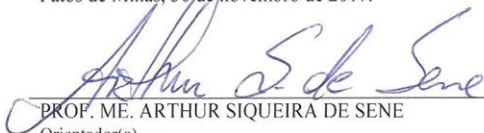
Examinadora 2: Profa. Ma. Isabel Cristina Oliveira Gomes  
Faculdade Patos de Minas



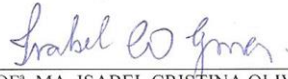
**ATA DE DEFESA DO TRABALHO DE CONCLUSÃO DO CURSO, APRESENTADO POR AMANDA CAROLINE SILVA FREITAS, COMO PARTE DOS REQUISITOS PARA OBTENÇÃO DO TÍTULO DE BACHAREL EM PSICOLOGIA DO CURSO DE GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA.**

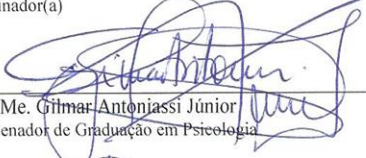
Aos trinta dias do mês de novembro de dois mil e dezessete, reuniu-se, no Laboratório de Psicologia do Trabalho – LAPOT, a Comissão Examinadora designada pelo Colegiado do Curso de Graduação em Psicologia da Faculdade Patos de Minas, constituída pelos professores abaixo assinados, na prova de defesa de seu trabalho de conclusão de curso intitulado: AS CONTRIBUIÇÕES DA TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL NO MANEJO DO SUÍCIDIO. Concluída a exposição, os examinadores arguiram alternadamente o graduando(a) sobre diversos aspectos da pesquisa e do trabalho, como REQUISITO PARCIAL DE CONCLUSÃO DE CURSO. Após a arguição, a comissão reuniu-se para avaliar o desempenho do(a) graduando(a), tendo chegado ao resultado, o(a) graduando(a) **AMANDA CAROLINE SILVA FREITAS** foi considerado(a) (APROVADA). Sendo verdade eu, Lúcia Helena dos Santos França, Secretária do Departamento de Graduação em Psicologia, confirma e lavra a presente ata, que assino juntamente com o Coordenador do Curso e os Membros da Banca Examinadora.


Patos de Minas, 30 de novembro de 2017.

  
\_\_\_\_\_  
PROF. ME. ARTHUR SIQUEIRA DE SENE  
Orientador(a)

  
\_\_\_\_\_  
PROFª. MA. RESIA SILVA DE MORAIS  
Examinador(a)

  
\_\_\_\_\_  
PROFª. MA. ISABEL CRISTINA OLIVEIRA GOMES  
Examinador(a)

  
\_\_\_\_\_  
Prof. Me. Gilmar Antonjassi Junior  
Coordenador de Graduação em Psicologia

  
\_\_\_\_\_  
Lúcia Helena dos Santos França  
Secretaria do Departamento de Graduação em Psicologia

**DEDICO** este trabalho àqueles inúmeros seres humanos que sofrem e/ou perderam suas vidas devido a comportamentos suicidas, aos seus familiares, profissionais de saúde e a sociedade em geral, que por muitas vezes não dão o devido valor à vida humana e não enxergam os sofrimentos e conflitos presentes em nossa sociedade, que este trabalho possa servir de instrumento de aprendizado.

## **AGRADECIMENTO**

Agradeço primeiramente a Deus que me deu forças, para concluir este trabalho. Agradeço também a minha família pelo apoio de sempre. Agradeço aos meus professores pelo ensinamento. Meu agradecimento especial ao meu mestre e orientador Arthur Siqueira de Sene, pelo apoio, pelas indicações de livros, pela paciência comigo, muito obrigada!

Como as pessoas se sentem é geralmente, tão importante quanto o que elas fazem.

*SKINNER*

# **AS CONTRIBUIÇÕES DA TERAPIA COGNITIVO- COMPORTAMENTAL NO MANEJO DO SUICÍDIO**

## **THE CONTRIBUTIONS OF THE COGNITIVE BEHAVIORAL THERAPY ON SUICIDE MANAGEMENT**

Amanda Caroline Silva Freitas<sup>1</sup>

Graduada do Curso de Psicologia. Faculdade Patos de Minas.

Arthur Siqueira de Sene<sup>2</sup>

Mestre em Psicologia Aplicada. Universidade Federal de Uberlândia.

### **RESUMO**

O índice crescente dos indicadores epidemiológicos do suicídio demonstra que este se tornou uma epidemia, causando, na sociedade, impactos psicológico e econômico. O ato suicida não é aleatório, envolve ideação, planejamento, tentativa e suicídio. A terapia cognitivo-comportamental (TCC) tem sido uma das abordagens terapêuticas psicológicas que trabalha com essa temática. O presente trabalho pretende avaliar, por meio de uma revisão integrativa, as contribuições da TCC no manejo do suicídio. Foram consultadas as bases eletrônicas de artigos científicos do PUBMED, SCIELO, LILACS e MEDLINE, com a seleção de artigos completos disponíveis eletronicamente, compreendidos no período de 2006-2017. Os resultados dos estudos destacam que o suicídio é predominante no sexo masculino, geralmente associado a transtornos psiquiátricos e com aumento crescente dos índices entre os jovens. No que se refere a TCC foi observado que o uso de técnicas destinadas a reestruturação cognitiva tem papel central no manejo do suicídio, especialmente como método preventivo, pois atua no aperfeiçoamento da percepção das habilidades de enfrentamento frente situações estressantes, suscitando o paciente a estabelecer uma visão mais realista e adaptativa, conferindo maior eficiência e eficácia ao tratamento. Ressalta-se que a prevenção é a melhor forma de reduzir e minimizar o impacto do suicídio na sociedade em geral, além de permitir a identificação precoce de comportamentos suicidas. Assim, constata-se a necessidade da realização de estudos que contemplem formas de o psicólogo avaliar o nível de mortalidade e o sofrimento psicológico do paciente para que o ato suicida não seja colocado em prática.

---

<sup>1</sup> Orientanda. Graduada em Psicologia DPGPSI/FPM.

<sup>2</sup> Professor orientador. Docente do DPGPSI/FPM.



**Palavras-chaves:** Suicídio. Terapia Cognitivo-comportamental. Tratamento do Suicídio.

## **ABSTRACT**

The increasing index of epidemiological indicators of suicide shows that this has become an epidemic, which causes economic and psychological impact on society. The suicidal act is not random, it involves ideation, planning, attempt, and suicide. The Cognitive behavioral therapy (CBT) has been one of the psychological therapeutic approaches that works with this subject. The present work intends to evaluate, through a review of the literature, the contributions of the CBT on suicide management. The electronic databases of scientific articles of PUBMED, SCIELO, LILACS and MEDLINE were consulted with the selection of complete articles available electronically, comprised within the period 2006-2017. The results of the studies emphasize that suicide is predominant in males, usually associated with psychiatric disorders, and with increasing rates among youngsters. Regarding the CBT, it has been observed that the use of techniques intended for cognitive restructuring plays a central role on suicide management, especially as a preventive method, since it improves the perception of coping skills in the face of stressful situations, causing the patient to establish a more realistic and adaptive view, giving greater efficiency and effectiveness to the treatment. It is emphasized that prevention is the best way to reduce and minimize the impact of suicide in society in general, as well as to allow the early identification of suicidal behavior. Thus, it is necessary to carry out studies that contemplate ways for the psychologist to assess the level of mortality and psychological suffering of the patient so that the suicidal act is not put into practice.

**Keywords:** Suicide. Cognitive behavioral therapy. Treatment of Suicide.

## **INTRODUÇÃO**

É evidente que a sociedade tem passado por transformações profundas na sua compreensão de mundo o que consequentemente atua na forma de entender e se relacionar com outras pessoas e o ambiente ao seu redor. Uma das formas de apresentação da dificuldade e sofrimento envolvidos no estabelecimento das inter-relações do indivíduo é as tentativas de suicídio. Os casos de suicídio tornaram-se

um problema de saúde pública em decorrência do aumento significativo de casos a nível mundial (Cardoso, 2015; Ferreira Júnior, 2015).

De acordo com Marback e Pelisoli (2014), o suicídio refere-se a muito mais que o ato de matar a si mesmo, o comportamento suicida envolve: ideação, planejamento, tentativa e suicídio, ou seja, não se trata de um ato aleatório ou sem finalidade, mas representa para quem o faz uma saída para um problema o qual está lhe causando sofrimento.

Historicamente o suicídio foi e ainda é um estigma para sociedade devido às questões religiosas, morais e culturais, que o consideram como um grande pecado, 'se não for o maior de todos', o que contribui para que o tema não seja discutido abertamente. Indivíduos que cometeram suicídio são vistos de modo mais negativo, se comparadas com indivíduos que morrem de outras causas (Sand, Gordon & Bresin, 2013). O estigma relacionado ao suicídio e aos transtornos mentais associado com a dificuldade em buscar ajuda, a falta de conhecimento e de atenção sobre o assunto por parte dos profissionais de saúde são fatores que podem dificultar à detecção precoce e/ou à prevenção do suicídio (Cardoso, 2015; Marback & Pelisoli, 2014).

Trata-se de um transtorno multidimensional, resultado final de complexas interações entre fatores ambientais, sociais, fisiológicos, genéticos e biológicos; não devendo, portanto, ser um ato analisado isoladamente (Cardoso, 2015). Segundo Botega (2014), é importante destacar que para cada pessoa que comete este ato, seis a dez outras pessoas são afetadas, sofrendo consequências e danos difíceis de serem reparados, ocasionando impacto econômico, social e pessoal, o que faz com que o suicídio seja considerado um problema de saúde pública.

Dados da Organização Mundial de Saúde (OMS) e da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) apontam que o suicídio é responsável por uma morte a cada 40 segundos, 1.920 pessoas que põe fim à vida diariamente, esse número ao final do ano, supera todas a soma de todas as mortes causadas por homicídios, acidentes de transporte, guerras e conflitos civis (Botega, 2014). Um milhão de pessoas morrem por suicídio todos os anos ao redor do mundo, sendo esta a segunda principal causa de morte entre jovens de 15 a 29 anos, concentrando-se nos países de baixa renda. É importante destacar que a esses números não são somadas as tentativas de suicídio que ocorrem cerca de 10 a 20 por cento a mais que o suicídio (Botega, 2014; Vidal, Gontijo, & Lima, 2013).

Os levantamentos realizados tanto por Ferreira Junior (2015), quanto por Silva, Sigmund e Bredemeier (2015) demonstram que em número de ocorrências, o Brasil é um país que apresenta baixas taxas de suicídio e de tentativa de suicídios. A taxa de suicídio no país aferida pela OMS (2014) é de 5,8 por 100 mil hab. No Brasil são mais de 12 mil casos por ano, o país ocupa a 8ª posição no ranking de países com maior incidência de suicídios com taxa de crescimento de 40% entre brasileiros de 15 a 29 anos.

De acordo com Vidal e Gontijo (2013), entre 40 a 60% das pessoas que cometem suicídio procuraram o serviço de saúde um mês antes de realizá-lo, sendo que a maioria não recebeu atendimento especializado; contudo a maioria das pessoas que cometem suicídio morre sem nunca terem recebido atendimento por um profissional de saúde mental. A OMS chama atenção que em cerca de 90% dos casos de suicídio este pode ser prevenido se existirem condições mínimas de ajuda profissional e voluntária (Brasil, 2006). No entanto, é possível trabalhar para evitar que estes pensamentos suicidas virem realidade, com base em evidências e intervenções de baixo custo.

Entre os modelos de tratamento e manejo do suicídio destaca-se a terapia cognitivo-comportamental (TCC). A TCC tem-se mostrado efetiva na redução de sintomas e taxas de recorrência, com ou sem auxílio de medicação, em uma variedade de transtornos psiquiátricos, dentre eles a depressão, suicídio, transtornos de ansiedade e fobias, síndrome do pânico, transtornos da personalidade e abuso de substâncias (Marback & Pelisoli, 2014; Roskosz, Chaves, & Soczer, 2016; Feliciano & Moretti, 2015).

Nesse sentido a terapia cognitivo-comportamental torna-se valiosa para o tratamento destes pacientes por tratar-se de um método estruturado, de curto prazo, orientado para o presente e dirigido para a resolução de problemas atuais, por meio da modificação do pensamento e do comportamento disfuncional. Para a TCC, os pacientes com ideias suicidas têm como foco de trabalho a vida do indivíduo, voltada para fatores problemáticos, sendo que no processo de tratamento, são utilizadas técnicas que visam à reestruturação de pensamentos, humor e comportamento (Marback & Pelisoli, 2014; Feliciano & Moretti, 2015).

Sudak, Turkington e Thase (2012) afirmam que a maleabilidade das cognições negativas é um fator importante para calibrar a efetividade de intervenções da TCC na redução do risco de suicídio. Os autores pontuam que se os

pacientes conseguirem executar ações que lhes mostrem que mudanças positivas são possíveis, os pacientes podem ficar mais otimistas em relação ao seu futuro, logo destacam que se houver um relacionamento de compromisso entre ambos, a prática de um plano antissuicídio, gerado pela TCC, terá uma expectativa maior.

Desta forma, considera-se este estudo relevante para o campo de saúde mental, por este possibilitar através da revisão de literatura, avaliar os fatores envolvidos e as contribuições da TCC no manejo do suicídio e; de forma mais específica identificar a tríade cognitiva relacionada ao problema e verificar as possibilidades de tratamento para o suicídio adotando as técnicas da terapia cognitivo-comportamental.

O presente trabalho será dividido em duas seções, sendo a primeira dedicada a explicar como se configura o suicídio e seus fatores de risco, e a segunda seção discorre sobre a TCC, sua forma de atuação, o tratamento ao paciente suicida e o trabalho preventivo.

## **METODOLOGIA**

Para proceder esta revisão integrativa, utilizaram-se as bases de dados eletrônicas indexadas do PubMed, Scielo (The Scientific Eletronic Library Online), Lilacs e Medline. A seleção dos artigos pesquisados a serem utilizados incluiu a semelhança nos descritores base: 'suicídio', 'terapia cognitivo-comportamental' e 'tratamento do suicídio'; a leitura dos resumos que se adequassem a proposta do presente trabalho, bem como artigos completos disponíveis eletronicamente que fossem publicados nos idiomas inglês e português, compreendidos no período de 2006-2017. Foram excluídos estudos abordando outros transtornos e abordagens exclusivamente medicamentosas. Os estudos selecionados foram os que contemplaram o objetivo dessa pesquisa, ou seja, a contribuição da TCC no manejo do suicídio. Foram encontrados 158 artigos nas bases de dados citadas acima, dos quais foram selecionados 35 artigos, de acordo com os critérios para os seguintes subtítulos: Suicídio e seus fatores de risco, Terapia cognitivo-comportamental e sua forma de atuação, o tratamento do paciente suicida, e a prevenção ao suicídio.

# FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

## SUICÍDIO E SEUS FATORES DE RISCO

Silva, Sigmund e Bredemeier (2015) destacam que o advento da globalização fez o homem moderno a conviver com situações de agressão, competição e insensibilidade, as pessoas passaram a viver sob constante pressão e ameaças intermitentes, esse ambiente torna-se favorável ao desenvolvimento de transtornos emocionais e psicossociais. Soma-se a isto o fato dos comportamentos relacionados ao suicídio, tentativas de suicídio e suicídio serem comum entre os jovens, tornando-se uma prioridade global de saúde pública (Robinson et al., 2014).

A palavra suicídio tem origem na expressão latina '*sui caedere*' e significa: matar-se. Foi utilizada pela primeira vez em 1717 por Desfontaines, poeta francês para significar 'o assassinato ou a morte de si mesmo'. Trata-se de um fenômeno específico da espécie humana, uma tragédia familiar e pessoal, de extrema relevância devido a seu impacto social, tanto em termos numéricos, quanto em relação a familiares, amigos ou conhecidos das pessoas. Atualmente o suicídio e outros atos destrutivos estão relacionados com a inviabilidade do indivíduo em encontrar diferentes alternativas para seus conflitos, preferindo a morte (Roskosz, Chaves, & Soczer, 2016).

Ainda hoje o comportamento suicida é um tema complexo e pouco abordado, por representar um tabu para a sociedade. Refere-se a uma ação na qual o indivíduo se auto lesiona, não importando o nível ou a razão genuína da ação. Podendo ser classificado em três dimensões *continuum* de comportamentos: ideação suicida, tentativa de suicídio e suicídio consumado (Seminotti, Paranhos, & Thiers, 2006). Como caracteriza Werlang (2013), o comportamento suicida contempla o sofrimento que leva o indivíduo ao ato suicida, o sofrimento familiar frente ao suicídio de um de seus membros e as consequências sociais que tal ato provoca.

A ideação suicida refere-se a pensamentos ou ideias suicidas. Inclui desejos, atitudes ou planos que o indivíduo tenha de se matar. Nessa fase a pessoa

está começando a dar sinais de morte, mas ainda não tem planos concretos; à medida que essa intenção aumenta ele começa a elaborar planos e estratégias para realizar o ato; a frequência e a intensidade da ideação suicida aumentam de acordo com a idade (Seminotti, Paranhos, & Thiers, 2006; Borges & Werlang, 2006).

A tentativa suicida refere-se a uma autolesão sem resultado letal fatal, podendo ou não resultar em uma lesão. Gibb, Andover e Miller (2014) afirmam que um histórico de tentativas de suicídio representa o mais forte indicador do suicídio consumado, contudo nem todos os pacientes com esse histórico podem ser classificados na mesma categoria. As pesquisas realizadas demonstram diferenças relevantes entre pacientes com múltiplas tentativas e indivíduos que fazem uma única tentativa. Os indivíduos que fazem múltiplas tentativas tendem a apresentar sintomas mais depressivos, ideação suicida e desesperança, do que os indivíduos que fazem uso uma única vez.

Já o suicídio consumado é o ato intencional de autolesão que resulta em morte. Para o suicida, o suicídio é uma estratégia desesperada de libertação, que ocorre depois de utilizadas todas alternativas ao seu alcance para expressar sua tristeza e desalento de sentido. Sua ocorrência, geralmente é acentuada em períodos de crise associado a perturbações de relações pessoais, por meio de abuso de álcool e outras drogas, desemprego, depressão e outras comorbidades, o seu desejo de pôr fim à sua vida apresenta como a única solução viável ao seu sofrimento (Cardoso, 2015; Ferreira Junior 2015).

Os estudos realizados por Minayo, Cavalcante e Souza (2006), vão de encontro aos trabalhos de Daolio e Silva (2009), os quais afirmam que não se pode apontar a existência de uma causa única para o suicídio, trata-se de um fenômeno complexo resultado da interação de diversos fatores de ordem: biológica, ambiental, sociocultural, psicológica, política, socioeconômica, familiar e o histórico pessoal.

Os fatores de risco para comportamento suicida são: transtornos mentais; sociodemográficos; psicológicos; condições clínicas incapacitantes e história de tentativa de suicídio (Zanotto, Marmitt, & Pergher, 2013; Brasil, 2006).

Dentre os transtornos mentais, a depressão vem sendo o fator de risco mais associado ao suicídio, jovens suicidas têm seis vezes mais chances de desenvolver uma doença psiquiátrica, contudo nem todos os suicidas experimentam sintomas de depressão (Robinson et al., 2014). O transtorno do humor bipolar, a dependência do álcool e outras drogas psicoativas, a esquizofrenia e certas

características de personalidade são fatores de riscos importantes associados ao suicídio, sendo que torna-se agravante quando mais de um desses fatores estejam associados, como por exemplo: depressão e o uso de álcool (Botega, 2014; Conselho Federal de Psicologia [CFP], 2013; Brasil, 2006).

Quanto aos fatores sociodemográficos relacionados ao suicídio os estudos realizados permitiram identificar que: o suicídio é predominante nos indivíduos do sexo masculino; concentra-se na faixa etária entre 15 e 35 anos, e acima dos 75 anos; prevalente em pessoas residentes nas áreas urbanas, desempregadas, aposentadas, solteiras, separadas, migrantes e que mantém um isolamento social (Brandão, 2015; Botega, 2014; Brasil, 2006). Wenzel, Brown e Beck (2010) pontuam que as variáveis sociodemográficas associadas ao suicídio talvez sejam as de menor interesse para o terapeuta pelo fato que muitos destes fatores não podem ser modificados em tratamento, mas que os terapeutas devem estar cientes sobre estes para determinarem o nível de monitoramento individual dos pacientes.

Destacam-se, ainda, os fatores psicológicos, como elementos característicos presente em indivíduos com características suicidas. Dentre tais fatores, podemos observar: perdas recentes, perdas de figuras parentais na infância, dinâmica familiar conturbada, datas importantes (reações de aniversário) e personalidade com traços significativos de impulsividade, agressividade e humor lábil (Vasconcelos, 2016; Brasil, 2006).

Há ainda condições clínicas impactantes relacionadas ao suicídio como: dor crônica; lesões desfigurantes; epilepsia; trauma medular; neoplasias malignas; e AIDS (Brasil, 2006). Cerca de 30% a 40% dos indivíduos que se suicidam tem alguma doença médica, acredita-se que esteja relacionado à ativação da desesperança, falta de sentido percebido e da perda de importantes papéis sociais (Zanotto, Marmitt, & Pergher, 2013; Brasil, 2006).

Acrescenta-se a estes fatores três características próprias do estado da mente de suicidas: a primeira delas a ambivalência está relacionada aos desejos de viver e morrer manifestados simultaneamente pela pessoa; o suicídio por si só, é um ato impulsivo, o impulso para cometer este ato é transitório, pode durar minutos ou horas, desencadeado geralmente por situações negativas do cotidiano; e por fim temos a rigidez, as pessoas dispostas a cometerem o suicídio têm seus pensamentos, sentimentos e ações constrictos, são incapazes de enxergar

alternativas para seus problemas (Vasconcelos, 2016; Wenzel, Brown, & Beck, 2010; Brasil, 2006).

Os estudos sobre o suicídio realizados no decorrer do tempo permitiram identificar que outros sentimentos como: a desesperança, o desamparo e o desespero estão associados ao suicídio; a desesperança pode permanecer após a remissão dos sintomas depressivos. Além disso, a junção dos sentimentos de impulsividade, desesperança e o abuso de substâncias podem ser letais (Associação Brasileira de Psiquiatria [ABP], 2014; Coronel & Werlang, 2010).

## TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL E SUA FORMA DE ATUAÇÃO

A Terapia Cognitiva foi desenvolvida por Aaron Beck em meados de 1960 ao tratar pacientes depressivos e ansiosos, ele utilizou-se de uma psicoterapia estruturada, de curta duração, voltada ao presente, orientada para a resolução dos problemas atuais e na modificação de pensamentos e comportamentos disfuncionais; que ao decorrer dos anos e ao passar por adaptações denominou-se Terapia cognitivo-comportamental, comprovando sua eficácia no tratamento de diversos transtornos psiquiátricos (Knapp & Beck, 2008).

Canfield (2015) destaca que o modelo de atuação psicoterápico na TCC parte da premissa de que o terapeuta analisa se os pensamentos/sentimentos/comportamentos gerados por uma determinada situação caracterizam a relação das pessoas com o ambiente onde vivem. Marback e Pelisoli (2014) apontam também a necessidade do terapeuta procurar estabelecer com o paciente uma aliança sólida, embasada na cordialidade, atenção, respeito genuíno, empatia e competência.

O tratamento deve ser baseado na compreensão de cada paciente sobre suas crenças específicas e seus padrões de comportamento; o terapeuta tem como foco a mudança cognitiva nos padrões de pensamento e sistemas de crenças do paciente, para então produzir uma mudança emocional e comportamental de forma duradoura (Roskosz, Chaves, & Soczer, 2016). Para tal utiliza-se da aplicação de uma série de métodos clínicos como introspecção, insight, teste de realidade e aprendizagem os quais se destinam a aperfeiçoar discriminações e corrigir visões



equivocadas que provavelmente podem sustentar comportamentos, sentimentos e atitudes perturbadas (Canfield, 2015).

## A TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL NO TRATAMENTO DO PACIENTE SUICIDA

O uso da TCC no tratamento do paciente suicida tem se apresentado como uma estratégia de intervenção importante principalmente por se pautar na reestruturação cognitiva e na resolução de problemas. A principal característica dessa intervenção é a identificação de pensamentos e crenças disfuncionais ativadas antes da tentativa de suicídio do paciente (Zanotto, Marmitt, & Pergher, 2013; Wenzel, Brown, & Beck, 2010).

Canfield (2015) afirma que para alcançar seus objetivos a TCC utiliza-se de técnicas que tendem a modificar estes pensamentos e crenças disfuncionais, de forma que o sujeito seja capaz de identificar alternativas de resolução de problemas, treinar suas habilidades e fazer adaptações. Wenzel, Brown e Beck (2010) destacam como intervenções com enfoque na redução de possibilidades de atos suicidas, o treinamento de habilidades para resolução de problemas; a busca de ferramentas cognitivas dirigidas para a procura de razões para viver e promover a esperança; o desenvolvimento de estratégias que promovam conexão entre o indivíduo e sua rede de suporte social; além de incentivo à complementaridade do processo terapêutico com outros serviços e tratamentos de saúde.

Beck (2013) alega que há dois tipos de pacientes, os que já possuem estratégias de habilidades para resolução de problemas, porém encontram dificuldades em colocá-las em prática devido a crenças disfuncionais, as quais o que impede de testá-las, precisando de auxílio na especificação do problema e identificação de respostas; e os que não detêm habilidades para resolução de problemas, carecendo de instruções diretas do terapeuta, através das quais aprendem a imaginar possibilidades e executá-las.

O aumento das atividades prazerosas é uma das primeiras estratégias comportamentais a ser utilizada no tratamento do paciente suicida. Nessa estratégia, os pacientes são orientados há ampliar o tempo em que praticam atividades de lazer

e distração. O terapeuta e o paciente elaboram uma lista de atividades prazerosas e de fácil execução, as quais devem englobar atividades individuais e sociais, para que o repertório de aprendizagem não seja condicionado à presença sempre de uma pessoa externa. O potencial de ação dessa estratégia permite aumentar o envolvimento do paciente com seu ambiente, bem como ampliar as oportunidades para reforços positivos e prazer, e, ainda, a motivação ao discorrer sobre problemas mais complexos (Wenzel, Brown, & Beck, 2010).

O contato com o paciente deve considerar a realização de uma avaliação completa sobre o mesmo e sua situação, com enfoque especial em razões para viver e morrer do paciente, o manejo da sua desesperança, a identificação de fatores que possam ser precipitantes do desenvolvimento de novas crises, a formulação de estratégias para lidar com desejos suicidas de forma eficaz e o esforço contínuo e progressivo para que o engajamento do paciente pelo tratamento seja mantido (Silva, Sigmund, & Bredemeier, 2013). Marback e Pesoli (2014) ressaltam ainda a existência de alguns fatores que contribuem com o abandono do tratamento, como a escassez de recursos financeiros, a presença de transtornos mentais concomitantes, o abuso de substâncias psicoativas, a vergonha por ter tentado suicídio e crenças quanto ao tratamento de saúde mental.

Pode-se optar pelo uso da terapia de resolução de problemas nas situações em que o paciente tem problemas reais que corroboram a desesperança e o desejo de morrer. Busca-se melhorar a habilidade de resolução de problemas e auxiliar o paciente a reduzir a complexidade dos mesmos, avaliando em qual etapa apresenta maiores dificuldades (Beck, 2013; Dobson, 2006). O terapeuta desempenha um papel ativo e participativo nesse processo, auxiliando o paciente a explorar e avaliar suas percepções, interpretações e explicações do comportamento suicida. Deve-se propor ao paciente expor problemas cotidianos que lhe causam sofrimento, e juntamente com ele procurar soluções possíveis (Roskosz, Chaves, & Soczer, 2016).

Na técnica da balança decisória, o terapeuta utiliza procedimentos de aceitação e mudança para encorajar o paciente a identificar e listar os prós e os contra de viver e de morrer, levando-o a analisar os motivos que o levaram a pensar no suicídio e os que o motiva a viver. Logo após todos esses itens são discutidos entre terapeuta e paciente, estimula o paciente a dar uma nota para os itens que considera importante; esta técnica é relevante pelo fato que o paciente com

comportamento suicida tende a valorizar os fatores negativos da sua vida, com isso o terapeuta acaba promovendo uma nova forma de avaliação do paciente perante o morrer e o viver (Beck, 2013; Wenzel, Brown, & Beck; 2010).

Knapp e Back (2008), Conceição e Pontes (2011), propõem o uso da técnica de treinamento das habilidades sociais com o objetivo de aprimorar o desenvolvimento sócioemocional e as habilidades interpessoais do paciente, com o intuito de aproximar os vínculos entre o paciente e seus familiares e amigos, bem como a expressar sentimentos e emoções, a falar e receber elogios, a fazer e recusar pedidos, compartilhar e avaliar ideias. Dessa forma, o paciente será capaz de estabelecer relações assertivas, aumentar sua rede de apoio, não a limitando apenas ao terapeuta.

O uso da técnica de Registro de Pensamento Disfuncionais (RPD) permite que o paciente seja capaz de identificar, registrar e analisar pensamentos, emoções e comportamentos conflituosos sendo capaz de elaborar respostas adaptativas (Santos, 2013; Knapp & Beck, 2008). Beck (2013) destaca que além do desenvolvimento das habilidades durante a terapia, a modificação de pensamentos, influencia o humor e o comportamento de forma positiva resultando em maior receptividade para o aprendizado.

Ressalta-se ainda que durante o processo terapêutico seja elaborado também um plano de segurança que se trata de uma lista hierárquica e organizada com estratégias desenvolvidas pelo paciente e terapeuta para o enfrentamento de uma situação de crise, evitando futuras tentativas de suicídio, o qual deve conter sinais que antecede uma crise, contato de familiares, pessoas próximas, terapeuta, serviços de apoio e atendimento (Marback & Pelisoli, 2014; Wenzel, Brown, & Beck 2010).

## TRABALHO PREVENTIVO DA TCC NO SUICÍDIO

O trabalho de prevenção ao suicídio não deve ser limitado apenas à rede de saúde, deve se estender a diversos setores da sociedade, abrangendo o indivíduo em toda sua complexidade, promovendo sua qualidade de vida (CFP, 2013). O trabalho preventivo do suicídio ocorre por meio do reforço dos fatores

protetores e diminuição dos fatores de riscos a nível individual e coletivo (Botega et al., 2006).

Dentre os fatores protetores podemos mencionar: autoestima elevada; suporte familiar; laços sociais bem estabelecidos com família e amigos; religiosidade e razão para viver; ausência de doença mental; estar empregado; ter crianças em casa; senso de responsabilidade com a família; gravidez desejada e planejada; capacidade de adaptação positiva; capacidade de resolução de problemas e relação terapêutica positiva, e acesso a serviços e cuidados de saúde mental (ABP, 2014).

As diretrizes da OMS para prevenção do suicídio englobam: restrição ao acesso de meio letais (armas de fogo), substâncias tóxicas e locais onde as pessoas possam se jogar; melhorar os serviços de saúde, reforçar o apoio social e promover a recuperação das pessoas com comportamentos suicidas; melhorar procedimentos diagnósticos e tratamento dos transtornos mentais; informar a comunidade sobre doença mental e sua detecção precoce; orientar a mídia a noticiar adequadamente o suicídio e tentativas de suicídio; treinamento dos profissionais de saúde que atuam na linha de frente de atendimento a pessoas com comportamentos suicidas (Botega, Werlang, Cais, & Macedo, 2006).

A partir do ano de 2006 os serviços de saúde do Brasil começaram a se organizar, definir objetivos e estratégias para trabalhar a prevenção do suicídio e o atendimento de pessoas com comportamentos suicidas. O primeiro passo foi a implantação de programas educativos para formação de médicos e profissionais de cuidados da atenção primária para a identificação, avaliação e manejo de situações de baixo risco. Os serviços de atenção secundária e terciária são fundamentais para o atendimento de indivíduos que estão em situação de crise, após tentativa e/ou em acompanhamento por quadro psiquiátrico médio/grave; nesses serviços são realizados os seguintes procedimentos: a avaliação do risco; o diagnóstico psiquiátrico e/ou situação psicológica atual; intervenção na crise; plano terapêutico estratégico com identificação de fatores de risco e fatores protetivos; atendimento semanal com suporte ambulatorial e escuta psicoterapêutica; retaguarda para internação em casos de alto risco; atendimento e internação em emergências hospitalares –nos casos de tentativa de suicídio; acompanhamento do serviço social e psicológico do hospital; encaminhamento para o serviço de saúde mental – com certificação de atendimento e contrarreferência – após alta (ABP, 2014).

O CFP (2013) reforça ainda que a prevenção do comportamento suicida começa em casa, pela família, preparando-a para lidar com a morte e enfrentá-la, e não a tratando como um tabu. O trabalho de orientação e prevenção nas escolas é tão importante quanto o da família, deve-se orientar as crianças desde a pré-escola, com questões de valorização da vida, resgates de valores, fraternidade, harmonia e respeito. Além da capacitação dos profissionais de saúde, o planejamento e a criação de programas envolvendo diversos setores capacitados e qualificados tornam-se necessários para identificação e intervenção em situações que envolvem o comportamento suicida, sendo fundamental a articulação em rede para garantir a eficiência e eficácia deste trabalho.

A TCC enquanto um método terapêutico pode contribuir na prevenção do suicídio por ajudar na redução de atos suicidas que por meio do uso de técnicas psicoterápicas ajuda o paciente na melhora da percepção das suas próprias habilidades de enfrentamento das situações estressantes, estimulando a ter uma visão mais realista e precisa das situações que enfrentam (Canfield, 2015).

O psicólogo tem no cerne de sua prática que procurar por atualizações e aperfeiçoamentos no sentido de humanizá-la. Assim, sua atuação deve ultrapassar as esferas das intervenções individuais através da compreensão das condições de vida que podem contribuir na produção de sofrimentos mentais intensos. O trabalho preventivo do suicídio demanda uma abordagem complexa, multicausal e interdisciplinar por configurar-se como um desafio constante por englobar fatores econômicos, políticos e sociais. (CFP, 2013). Logo se destaca a importância da TCC no manejo do suicídio, levando em consideração que ela é uma terapia prática e com resultados rápidos, uma vez que a pessoa com pensamentos suicidas, necessita de um tratamento eficaz e preciso.

## **DISCUSSÃO**

A revisão integrativa realizada aponta de forma contundente que o suicídio representa um problema de saúde pública a nível mundial, complexo, multidimensional, com grande impacto psicológico, econômico e social; porém

evitável, conforme pontuado por Vasconcelos (2016), Feliciano e Moretti (2015) e Ferreira Júnior (2015). Os levantamentos recentes destacam o Sudeste Asiático como a região com índices mais altos de suicídios. No Brasil, a taxa de suicídios tem aumentado a cada ano, especialmente em jovens, com destaque para os índices da região Norte e Nordeste. A crise sócio-político-econômica tem sido uma das hipóteses trabalhadas por pesquisadores como Ferreira Júnior (2015) e Botega (2014) para justificar o aumento desses índices.

Um dos fatores de forte correlação com o suicídio é a presença de transtornos psiquiátricos, incidente em aproximadamente 90% dos casos, segundo Chachamovich, Stefanello, Botega, & Turecki. (2009). Os transtornos psiquiátricos mais associados ao suicídio são a depressão e os transtornos decorrentes por uso do álcool e outras drogas, sendo que a presença de morbidades amplia o risco de suicídio, conforme pontuado por Feliciano e Moretti (2015), Marback e Pelisoli (2014), Zanotto, Marmitta e Perecer (2013).

A presença de tentativas anteriores de suicídio, em geral, representa que perturbações psiquiátricas mais rigorosas ampliam as chances de suicídio entre 38 e 40 vezes em comparação com indivíduos que tem uma única tentativa em seu histórico. Dentre as características comumente associadas à ideação suicida estão à impulsividade, a agressividade, a desesperança, o perfeccionismo e dificuldades na relação de problemas, como apontam os estudos de Canfield (2015); e Wenzel, Brown e Beck (2010).

No que se refere aos fatores sociodemográficos, o suicídio mantém-se predominantemente no sexo masculino, crescendo sua prática entre os jovens (Vasconcelos, 2016; Ferreira Júnior, 2015). Soma-se também que pessoas com doenças físicas e hospitalizadas apresentam maior risco para o comportamento suicida (Vasconcelos, 2016; Canfield, 2015; Zanotto, Marmitt, & Pergher, 2013).

No que tange a eficiência e eficácia da terapia cognitivo-comportamental (TCC) no manejo do suicídio, observa-se que a TCC trabalha no processo de identificação das condições que levam a ideação suicida, bem como reestruturar pensamentos, sentimentos e comportamentos disfuncionais buscando reduzir os sintomas e/ou até mesmo eliminá-los, conforme destacado nos estudos de Canfield (2015) e Vasconcelos (2016).

Vale destacar que a falta de informação, o preconceito e até mesmo o preparo dos profissionais de saúde que lidam com indivíduos com essa demanda

são desafios constantes no manejo preventivo visando à redução do impacto do suicídio na sociedade em geral, de acordo com estudos de Roskosz, Chaves e Soczer (2016) e CFP (2013).

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O suicídio não se refere a um fenômeno recente, isolado e de alcance restrito, pelo contrário, ele se estabelece como uma questão de saúde pública que afeta diretamente o núcleo familiar e social do indivíduo que pratica o ato, sendo que ainda é tratado de forma velada com uma forte carga de responsabilização dirigida ao indivíduo que avalia não ter outra solução para o sofrimento em vida a não ser atentar contra a própria vida.

A prática da TCC concilia a empatia como premissa básica da relação terapêutica associada à adoção de técnicas que visam trabalhar o manejo do suicídio. Destacam-se dentro desse modelo estratégias como: o aumento das atividades prazerosas, a resolução de problemas, a balança decisória, o enfoque em atividades que melhorem os recursos sociais e o registro de pensamentos disfuncionais. Tais estratégias tem como ponto em comum o manuseio de pensamentos, crenças e comportamentos disfuncionais visando sua identificação e posterior modificação.

No que tange as políticas públicas destinadas ao trabalho com o paciente suicida, é necessário o seu desenvolvimento direcionadas a prevenção e tratamento do suicídio, uma vez que, o assunto é frequentemente pouco discutido, silenciado e tratado de forma encoberta. O crescente aumento dos índices de suicídio demonstra que este fenômeno deve ser alvo de ações específicas dos setores público e privado, independente de conexão direta aos serviços de saúde mental. Tais ações devem ser direcionadas a reduzir e/ou minimizar os fatores predisponentes e precipitantes relacionados à ideação suicida, além de detectar precocemente comportamentos suicidas.

Destaca-se a revisão integrativa sobre a temática como importante, pois o psicólogo precisa, ao lidar com pacientes com ideações suicidas, avaliar o

sofrimento psicológico envolvido, bem como o nível de mortandade, os aspectos protetivos e os aspectos de risco do indivíduo. O presente estudo possibilitou uma análise das contribuições da terapia cognitiva comportamental no manejo do suicídio, atestando a eficiência do tratamento terapêutico preventivo através dessa abordagem psicológica, visto que as técnicas adotadas são direcionadas à reestruturação cognitiva do indivíduo com comportamento suicida.

Verifica-se a necessidade da realização de estudos e pesquisas sobre a terapia cognitivo-comportamental e suicídio, pois há, nas bases de dados consultadas, uma quantidade limitada de estudos que abordam esta temática, sendo indispensável o desenvolvimento de estudos que comprovem a eficácia das técnicas utilizadas no manejo do suicídio, bem como estudos direcionados ao desenvolvimento de novas técnicas preventivas ao suicídio.



## REFERÊNCIAS

- Associação Brasileira de Psiquiatria. (2014). *Suicídio: informando para prevenir*. Brasília: Associação Brasileira de Psiquiatria, Comissão de Estudos e Prevenção de Suicídio.
- Beck, J. (2013). *Terapia Cognitivo - Comportamental: teoria e prática*. Porto Alegre, RS: Artmed.
- Borges, V. O., Werlang, B. S. G. (2006). Estudo de ideação suicida em adolescentes de 15 a 19 anos, *Estudos de Psicologia*, 11(3), 345-351.
- Botega, N. J. (2014). Comportamento suicida: epidemiologia. *Revista de Psicologia USP*, 25(3), 231-236.
- Botega, N. J., Werlang, B. S. G., Cais, C. F. S., & Macedo, M. M. K. (2006). Prevenção do comportamento suicida. *Psico*, 37(3), 213-220.
- Brasil (2006). *Prevenção do Suicídio - Manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental*. Brasília, DF: Secretaria de Atenção à Saúde/Departamento de Ações Programáticas Estratégicas-Área Técnica de Saúde Mental.
- Brandão, W. L. O. (2015). *Comportamento suicida: sociedade. Assistência e relações comportamentais*. Belém, PA: Universidade Federal do Pará.
- Canfield, J. (2015). *A terapia Cognitivo-Comportamental e o Suicídio: quais as possibilidades de tratamento?* São Paulo, SP: Centro de Estudos em Terapia Cognitivo-Comportamental.
- Cardoso, G. T. (2015). *Comportamentos autolesivos e ideação suicida nos jovens*. Tese de mestrado em medicina, Universidade de Coimbra, Coimbra, Comunidade Intermunicipal Oeste, Portugal, PT.
- Chachamovich, E., Stefanello, S., Botega, N., & Turecki, G. (2009). Quais são os recentes achados clínicos sobre a associação entre depressão e suicídio? *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 31(Supl I), 18-25.
- Conceição, D. B., & Pontes, M. G. F. C. (2011). Treinamento em habilidades sociais uma ferramenta útil para atuar em ações afirmativas? In: SAMPAIO, S. M. R. *Observatório da vida estudantil: primeiros estudos*. (pp. 209-227). Salvador, BA: EDUFBA, 2011.
- Conselho Federal de Psicologia Secretaria. (2013). *O Suicídio e os Desafios para a Psicologia*. Brasília, DF: Conselho Federal de Psicologia.

- Coronel, M. K., & Werlang, B. S. G. (2010). Resolução de Problemas e Tentativa de Suicídio: Revisão Sistemática. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 6(2), 59-80.
- Daolio, E. R., & Silva, J. V. (2009). Os significados e os motivos do suicídio: as representações sociais de pessoas residentes em Bragança Paulista, SP. *Bioethikos*, 3(1), 68-76.
- Dobson, K. S. (Org.). (2006) *Manual de terapias cognitivo-comportamentais*. Porto Alegre, RS: Artmed.
- Feliciano, M. F. C., & Moretti, L. H. T. (2015). *Depressão, suicídio e neuropsicologia: psicoterapia cognitivo comportamental como modalidade de reabilitação*.
- Ferreira Junior, A. (2015). O comportamento suicida no Brasil e no mundo, *Revista Brasileira de Psicologia*, 2(1), 15-28.
- Gibb, B. E., Andover, M. S., & Miller, I. W. (2009). Depressive characteristics of adult psychiatric inpatients with a history of multiple versus one or no suicide attempts. *Depression and Anxiety*, 26(6), 568–574.
- Knapp, P. (Org.). *Terapia cognitivo-comportamental na prática psiquiátrica*. Porto Alegre, RS: Artmed, 2007.
- Knapp, P., & Beck, A. T. (2008). Fundamentos, modelos conceituais, aplicações e pesquisa da terapia cognitiva, *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 30(Supl II), 54-64.
- Marback, R. F., & Pelisoli, C. (2014) Terapia cognitivo-comportamental no manejo da desesperança e pensamentos suicidas, *RBTC*, 10(1), 122-129.
- Minayo, M. C. S., Cavalcante, F. G., & Souza, E. R. (2006). Methodological proposal for studying suicide as a complex phenomenon, *Caderno de Saúde Pública*, 22(8), 1587-1596.
- Robinson, J., Hetrick, S., Cox, G., Bendall, S., Yung, A., Yuen, H. P. et al. (2014). The development of a randomised controlled trial testing the effects of an online intervention among school students at risk of suicide. *BMC Psychiatry*, 14(155), 1-9.
- Roskosz, F. L. S., Chaves, S. K., & Soczer, K. L. (2016). *Suicídio na adolescência e terapia cognitivo-comportamental*.
- Santos, C. H. M. (2013). *Avaliação do uso do registro de pensamentos baseado no "processo" na reestruturação de crenças nucleares*. Salvador, BA Universidade Federal da Bahia.
- Sand, E., Gordon, K. H., & Bresin, K. (2013). The impact of specifying suicide as the cause of death in na obituary. *Crisis*, 34(1), 63-66.

- Seminotti, E. P., Paranhos, M. E., & Thiers, V. O. (2006). *Intervenção em crise e suicídio: análise de artigos indexados*. Porto Alegre, RS: Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.
- Silva, J. A. M., Sigmund, G., & Bredemeier, J. (2015). Crisis interventions in online psychological counseling. *Trends Psychiatry Psychother*, 37(4), 171-182.
- Sudak, D. M., In & Thase, M. E. (2012). Tratando a desesperança e a suicidalidade. J. H. Wrigth., Sudak, D. M., Turkington, D., J. H. Wrigth., & Thase, M. E. *Terapia cognitivo-comportamental de alto rendimento para sessões breves* (cap. 8, pp. 128-145) Porto Alegre, RS: Artmed.
- Vasconcelos, E. F. (2016). Avaliação Psicológica e fatores de risco para o suicídio. *Revista Especialize Online IPGO*, 1 (12), 1-13.
- Vidal, C. E. L., & Gontijo, E. C. M. (2013). Tentativas de suicídio e o acolhimento nos serviços de urgência: a percepção de quem tenta. *Caderno de Saúde Coletiva*, 21 (2), 108-14.
- Vidal, C. E. L, Gontijo, E. C. M., & Lima, L. A. (2013). Tentativas de suicídio: fatores prognósticos e estimativa do excesso de mortalidade. *Caderno de Saúde Pública*, 29(1), 175-187.
- Zanotto, K., Marmitt, V., & Pergher, G. K. (2013) Terapia cognitivo-comportamental como auxílio à prevenção do suicídio. *Desafios clínicos em terapia cognitivo-comportamental*. (pp.147-165). São Paulo, SP: Editora Casa do Psicólogo.
- Wenzel, A., Brown, G. K., & Beck, A. T. (2010). *Terapia cognitivo-comportamental para pacientes suicidas*. Porto Alegre, RS: Artmed.
- Werlang, B. S. G. (2013). Suicídio: uma questão de saúde pública e um desafio para prática clínica. Conselho Federal de Psicologia. *O Suicídio e os Desafios para a Psicologia*. (pp.25-29). Brasília, DF: CFP.

## **ENDEREÇO DE CORRESPONDÊNCIA**

### **Autor Orientanda:**

Nome: Amanda Caroline Silva Freitas

Endereço: Avenida João Cyrino, 860, apt. 201, Nossa Senhora de Fatima – Patos de Minas/MG CEP 38701-538

Telefone: (34) 992058650

E-mail: amandafreitaspsicologia@gmail.com

### **Autor Orientador:**

Nome: Prof. Me. Arthur Siqueira de Sene

Unidade JK – 3º andar (Bloco A) Av. Juscelino Kubitschek de Oliveira – B. Cidade Nova, 1200.

Patos de Minas – MG

Telefone: (34) 3818-2300 / 3814-2803 / 3814-9714

E-mail: arthursene@gmail.com

## **DECLARAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO**

Autorizo a reprodução e a divulgação total ou parcial deste trabalho por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Faculdade Patos de Minas – Patos de Minas, 30 de novembro de 2017.

---

Amanda Caroline Silva Freitas

---

Arthur Siqueira de Sene



FACULDADE PATOS DE MINAS



FACULDADE PATOS DE MINAS

Mantenedora – Associação Educacional de Patos de Minas

Portaria de Recredenciamento MEC – DOU N°. 1469 de 10 de Outubro de 2011.

**Curso de Graduação em Psicologia**

Bacharelado (Formação de Psicólogo)

Portaria de Reconhecimento MEC – DOU N°. 371 de 30 de Agosto de 2011.

*“Como Psicólogo, eu me comprometo a colocar minha profissão a serviço da sociedade brasileira, pautando meu trabalho nos princípios da qualidade técnica e do rigor ético. Por meio do meu exercício profissional, contribuirei para o desenvolvimento da Psicologia como ciência e profissão na direção das demandas da sociedade, promovendo saúde e qualidade de vida de cada sujeito e de todos os cidadãos e instituições.”*

*(Juramento do Psicólogo – Conselho Federal de Psicologia)*