

BRYAN, Craig J.; RUDD, M. David. *Terapia cognitivo-comportamental breve para prevenção do suicídio*. Trad. Sandra Maria M. da Rosa. Porto Alegre: Artmed, 2024. 312 p.

Fábio Luiz Nunes¹

Centro Federal de Educação Tecnológica de Minas Gerais (CEFET-MG)

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0784-1921>

O desejo e o ato de pôr fim à própria vida, bem como suas razões subjacentes, são um tema causador de grande inquietação para o ser humano, desde os tempos mais remotos (Georges Minois, 1999). Formas de manejo desse fenômeno também têm sido desenvolvidas ao longo da história. Em 2024, chega ao mercado editorial lusófono mais uma importante obra que, assinada por dois renomados psicólogos, busca superar lacunas nesse campo de investigação e de atuação em saúde mental.

Craig Bryan é clínico com certificação pela American Board of Professional Psychology (ABPP) e atualmente ocupa a Trott Gebhardt Philips Endowed Professorship em psiquiatria e saúde comportamental, além de dirigir a divisão de recuperação e resiliência e os programas de trauma e prevenção ao no Wexner Medical Center da Ohio State University. Tem vasta experiência clínica com militares, veteranos e socorristas, e lidera pesquisas financiadas por órgãos como o Departamento de Defesa estadunidense sobre abordagens clínicas breves baseadas em terapias cognitivo-comportamentais (TCCs) para mitigar tentativas de autoextermínio e estratégias de intervenção em crises. Por sua vez, Michael Rudd é psicólogo, professor e gestor acadêmico, *philosophiæ doctor* (Ph.D) pela University of Texas, em Austin. Ele é presidente emérito da University of Memphis, onde também dirige o Rudd Institute for Veteran and Military Suicide Prevention. Diplomado pela ABPP, com estágio pós-doutoral no Beck Institute, Rudd é um pesquisador de destaque na avaliação clínica, na prevenção e no tratamento do risco de morte autoinfligida, tendo sido idealizador

¹Mestre e doutorando em Estudos Linguísticos pela UFMG. Especialista em Didática, Práticas de Ensino e Tecnologias Educacionais pela UFVJM, e em Retórica e Análise do Discurso em Publicidade e Propaganda pela Universidade de Araraquara. Psicólogo pela Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais. Profissional técnico-administrativo no Centro Federal de Educação Tecnológica de Minas Gerais (CEFET-MG). E-mail: fabio.nunes.fln@cefetmg.br.

de um modelo de terapia cognitivo-comportamental breve para prevenção desse fenômeno.

Esses dois cientistas são autores de *Terapia cognitivo-comportamental breve para prevenção do suicídio*, traduzida no Brasil pela editora Artmed. Originalmente publicada como *Brief cognitive-behavioral therapy for suicide prevention* em 2018, pela Guilford Press, a obra é um manual inovador, com forte embasamento empírico, que fornece diretrizes práticas e estruturadas para a abordagem de indivíduos em risco de autoaniquilamento. Organizada em seções claras, inclui detalhamentos passo a passo, da construção da aliança terapêutica à implementação de estratégias de regulação emocional, gerenciamento de crises e planejamento de segurança. Além disso, contém exemplos clínicos, diálogos e materiais reproduzíveis. A nova edição em português mantém a proposta de concisão e de aplicabilidade clínica da versão anglófona, adaptando ao contexto brasileiro uma ferramenta contemporânea que busca preencher o hiato entre a evidência empírica e a intervenção breve prática. O restante desta resenha aprofunda, então, a análise dos aspectos conceituais, metodológicos e clínicos do livro em língua portuguesa.

A primeira parte da obra de Bryan e Rudd (2024), *Histórico e base conceitual*, estabelece com rigor o plano teórico e prático sobre o qual se assenta o protocolo terapêutico das próximas unidades. Distribuída em seis capítulos, essa seção inicial funciona como um compêndio básico que contextualiza a terapia cognitivo-comportamental breve (TCCB) no espectro mais amplo dos cuidados em saúde mental. Os autores iniciam justificando a necessidade de uma abordagem focada e empiricamente validada, comparando o modelo funcional da TCCB com os modelos sindrômicos e de fatores de risco, tidos por eles como insuficientes para uma intervenção eficaz na prevenção do comportamento autocida. Essa posição dialoga com a literatura técnica internacional, que reitera a importância de protocolos estruturados, notadamente em populações de alta vulnerabilidade, como as pessoas egressas de internações psiquiátricas (Gretchen Diefenbach *et al.*, 2021).

Central para a proposta dos autores, e exaustivamente trabalhado nessa seção, é o modelo conceitual do *modo suicida*, derivado da *teoria da vulnerabilidade fluida*.² O modelo divide a experiência do paciente em quatro domínios inter-relacionados – cognitivo, emocional, comportamental e físico –, o que mune o especialista de uma ferramenta global para a conceitualização de caso. Essa visão sistemática possibilita compreender a fenomenologia do risco, além de identificar alvos terapêuticos específicos, um dos pilares das terapias cognitivo-comportamentais e de suas

² Trata-se de um modelo conceitual, desenvolvido por M. Rudd, que propõe que o risco de autoextermínio de um sujeito é composto por duas dimensões principais e interativas: o risco na *linha de base* e o risco *agudo*. O risco na linha de base refere-se à vulnerabilidade estável e crônica de um sujeito, formada por fatores históricos e traços predisponentes (como tentativas prévias, estilo cognitivo etc.). O risco agudo, por seu turno, corresponde às flutuações dinâmicas e de curto prazo, precipitadas por eventos estressantes e manifestadas por intenso sofrimento emocional. A crise suicida, portanto, desencadeia-se por conta da interação “fluida” entre esses aspectos, ocorrendo quando um evento ativador eleva o risco agudo para além do limiar de tolerância do indivíduo, que é determinado pelo seu risco na linha de base.

adaptações breves, cuja eficácia se baseia na capacidade de identificar e modificar cognições e comportamentos específicos responsáveis pela disfunção (Holly Hazlett-Stevens; Michelle Craske, 2002).

Os capítulos subsequentes de *Histórico e base conceitual* dedicam-se a refinar as competências clínicas indispensáveis ao manejo do paciente suicida. Bryan e Rudd (2024) tratam da importância da aliança terapêutica, da necessidade do uso de uma terminologia padronizada e não pejorativa, e dos pormenores do consentimento informado, adaptado às especificidades do risco de autoextermínio. Enfatiza-se, nesse contexto, a necessidade de documentação rigorosa e a avaliação contínua do risco, distinguindo entre desejo e planejamento suicida, bem como entre intenção subjetiva e objetiva. A seção encerra-se com um panorama geral da estrutura do tratamento, preparando o leitor de forma segura e informada para as fases seguintes, que são eminentemente práticas e interventivas.

O livro, então, procede à parte II, intitulada *A primeira sessão*. Ao longo de quatro capítulos, apresentam-se a estrutura e a sequência de procedimentos que compõem o contato inicial e decisivo com o paciente. Nessa segunda unidade, Bryan e Rudd (2024) desenham o roteiro da primeira sessão, que se distingue fundamentalmente de uma anamnese tradicional por centrar-se na experiência subjetiva do sujeito. O eixo principal é a avaliação da narrativa (capítulo 8), uma técnica que convida o paciente a relatar a história de sua crise suicida, promovendo a aliança terapêutica e a coleta de dados idiossincráticos. As informações obtidas são, a partir daí, organizadas colaborativamente na forma do registro do tratamento e da conceitualização de caso (capítulo 9), utilizando o modelo do modo suicida para dar sentido à experiência do paciente. A sessão consuma-se com o desenvolvimento do plano de resposta a crises (capítulo 10), uma intervenção pragmática e essencial em toda a TCCB, que garante o paciente de estratégias concretas para o manejo de futuras urgências.

Avançando para a parte III, *Fase um: regulação emocional e gerenciamento de crise*, os autores apresentam o núcleo da fase inicial de intervenção da TCCB. Composta por cinco capítulos, essa seção foca em prover ao paciente, de forma imediata, um conjunto de habilidades para estabilização sintomática e redução do risco agudo do autoextermínio. A fase um inicia-se com as bases contratuais e de segurança do processo: o capítulo 11 aborda o planejamento do tratamento e a declaração de compromisso com o tratamento, estabelecendo uma parceria colaborativa e definindo expectativas claras. Em seguida, o capítulo 12, *Aconselhamento sobre a segurança dos meios e o plano de apoio a crises*, discorre de forma direta sobre a restrição do acesso a métodos letais, uma das intervenções de maior eficácia na prevenção da morte autoinfligida, e instrumentaliza a rede de apoio do paciente.

Nos capítulos seguintes, os autores descrevem um cardápio de intervenções direcionadas à regulação emocional e à modulação do humor, que são pilares para a desativação do modo suicida. O capítulo 13, *Focalizando o distúrbio do sono*, apreende a insônia não como um sintoma secundário, já que se trata um fator de risco independente que intensifica a desregulação emocional e o prejuízo cognitivo. Em

sequência, o capítulo 14, *Treino de habilidades de relaxamento e mindfulness*, descreve técnicas para manejar a ativação fisiológica (relaxamento) e a ruminação cognitiva (*mindfulness*, ou atenção plena). A esse respeito, Deleene Menefee, Tracey Ledoux e Craig Johnston (2022) asseveram que a dificuldade em regular as respostas emocionais é um sintoma comum a diversas condições psicológicas e pode frustrar a adesão a comportamentos promotores de saúde, tornando o desenvolvimento de tais habilidades um alvo terapêutico prioritário.

A primeira fase da TCCB conclui-se com o capítulo 15, *A lista de razões para viver e o kit de sobrevivência*. Para Bryan e Rudd (2024), esses motivos se propõem como um contraponto direto à desesperança e ao estreitamento cognitivo característicos da crise suicida, fomentando a ambivalência em relação à morte e fortalecendo a orientação para a vida. Essas estratégias, em sua essência, podem ser compreendidas como uma forma de *ativação comportamental*, uma intervenção baseada em evidências que visa a reverter o ciclo de letargia e anedonia, comum em sujeitos com histórico de comportamento suicida, por meio do engajamento em atividades prazerosas e significativas (Menefee; Ledoux; Johnston, 2022).

A segunda fase da TCCB, descrita como *Fase dois: enfraquecendo o sistema de crenças suicidas*, abrange tipicamente as sessões de número 6 a 10 e volta-se à redução da vulnerabilidade cognitiva subjacente ao comportamento suicida. Após o domínio inicial de estratégias de regulação emocional e de manejo de crise, a intervenção desloca a ênfase para o sistema de crenças suicidas nucleares, entendido como o conjunto de pensamentos automáticos e pressupostos que mantêm o modo suicida ativo. Nesse estágio, o clínico deve reforçar continuamente o uso das habilidades aprendidas na fase anterior (regulação emocional, *mindfulness*, plano de resposta a crises), enquanto apresenta as quatro intervenções cognitivas estruturadas dessa unidade.

O capítulo 16, primeiro elemento da parte IV, introduz as folhas de atividade *ABC*, ferramenta de automonitoramento que ensina o paciente a decompor, em três quadros, o evento ativador (A), a crença automática associada (B) e a consequência emocional (C), seguida de perguntas sobre a utilidade desses pensamentos e a formulação de alternativas mais adaptativas. Cada folha é preenchida de próprio punho, de preferência com foco no episódio suicida índice, e um plano de prática diária é estabelecido, com avaliação da adesão em escala de 0 a 10. Já o capítulo 17 apresenta as folhas de atividade *Perguntas desafiadoras*, que ampliam a reavaliação cognitiva ao sistematizar dez quesitos críticos (por exemplo, "essa crença está baseada em fatos ou em hábitos?"; "que evidências a contradizem?"), guiando o paciente, por meio do clássico diálogo socrático, a considerar perspectivas alternativas mesmo diante da forte automatização do sistema de crenças suicidas.

O penúltimo elemento dessa unidade, o capítulo 18, apresenta as folhas de atividade *Padrões de pensamento problemáticos*, em que o paciente classifica crenças nucleares em categorias de distorção cognitiva (por exemplo, pensamento dicotômico, conclusões precipitadas...), a fim de rotular explicitamente a desadaptação desses pensamentos e fortalecer estratégias de reavaliação já trabalhadas nas fases anteriores.

Por fim, o capítulo 19 aborda o planejamento de atividades prazerosas e significativas e a confecção de cartões de enfrentamento, *flashcards* portáteis que, de um lado, registram crenças suicidas e, do outro, alternativas cognitivas ou passos comportamentais a serem seguidos quando surgirem gatilhos identificados.

A quinta parte da obra de Bryan e Rudd (2024), intitulada *Fase três: prevenção de recaída*, representa a etapa final do processo terapêutico, sendo composta por um único capítulo, *A tarefa de prevenção de recaída e encerramento do tratamento*. Essa fase é um procedimento de encerramento para assegurar que o paciente adquiriu e consolidou a competência necessária no manejo aplicado das habilidades de regulação emocional e reavaliação cognitiva. Funciona, essencialmente, como uma ferramenta de avaliação da proficiência do paciente, servindo de base para a determinação da conclusão do tratamento. Os autores apontam que a tarefa central consiste em um exercício de imagem mental planejado, o qual facilita a memória motora procedural associada às habilidades efetivas. Tal exercício ativa as áreas sensório-motoras e motoras do cérebro, de modo análogo ao engajamento motor real, permitindo que o paciente pratique, em um ambiente controlado, a não execução da tentativa de autoaniquilamento em cenários de perturbação emocional. A relevância e eficácia de uma tarefa de prevenção de recaída são corroboradas por estudos como o de Lydia Bahlmann *et al.* (2022), cujo programa RISE (*relapse prevention intervention after suicidal event*) utiliza um componente similar para testar a aplicabilidade de planos de segurança e consolidar estratégias de enfrentamento para crises futuras.

No procedimento da tarefa de prevenção de recaída, o paciente é, de início, guiado cuidadosamente a revisitar a crise suicida que o levou ao tratamento (crise índice), mas com o objetivo de resolvê-la com sucesso, fazendo uso das habilidades adquiridas. O processo é repetido múltiplas vezes, e a cada iteração, o clínico introduz novas dificuldades e barreiras, exigindo do paciente a demonstração de flexibilidade cognitiva e de capacidade de adaptação. A conclusão da TCCB é determinada pelo domínio do paciente em quatro critérios observáveis: (i) a escolha de uma habilidade relevante e apropriada à situação; (ii) a praticidade da habilidade dentro das restrições contextuais; (iii) a capacidade de adaptar as habilidades em resposta a novas demandas; e (iv) a rapidez na escolha e na implementação das estratégias. O êxito na demonstração dessa competência constitui, segundo Bryan e Rudd (2024), uma evidência de que o paciente está apto para o encerramento formal do tratamento, o qual é então conduzido pelo terapeuta, com as devidas orientações para os cuidados contínuos e seguimento (*follow-up*).

Ao final da obra, são dispostos dois apêndices. No primeiro deles, verifica-se uma compilação de materiais destinados à utilização direta pelo sujeito paciente em tratamento. Esse apêndice visa instrumentalizar o paciente com ferramentas psicoeducacionais, de planejamento e de desenvolvimento de habilidades, promovendo seu engajamento ativo no processo terapêutico. Inclui-se o diagrama do modo suicida, que oferece uma representação visual da conceitualização de caso, e uma folha de informações sobre a TCCB, que detalha a estrutura, os objetivos e as limitações da terapia. São fornecidos, além disso, instrumentos de planejamento, como

o *Modelo de plano de tratamento*, o *Plano de segurança dos meios letais* e o *Plano de apoio a crises*, bem como a *Declaração de compromisso com o tratamento*, que formaliza a aliança terapêutica. Essa seção pós-textual se completa com apostilas e folhas de atividade para a prática de habilidades, como a que versa sobre a higiene do sono e as folhas de atividade *ABC*, de *Perguntas desafiadoras* e de *Padrões de pensamento problemáticos*, que são importantes para o processo de reestruturação cognitiva.

O apêndice B, *Ferramentas do clínico*, reúne um conjunto de instrumentos de suporte concebidos para orientar a prática clínica e assegurar a aderência ao modelo terapêutico proposto por Bryan e Rudd (2024). A primeira e mais fundamental ferramenta são os “*checklists* de fidelidade, que permitem ao terapeuta e a supervisores monitorarem a aplicação consistente das intervenções da TCCB. Seguem-se modelos para a estruturação do trabalho clínico, como o *Modelo de documentação para avaliação do risco de suicídio* e o *Modelo de plano de resposta a crises*, que auxiliam na sistematização da avaliação e do planejamento terapêutico. O apêndice também dispõe de listas de consulta rápida, como a de *Possíveis sinais de alerta* e a de *Estratégias comuns de autogerenciamento*, que servem de apoio ao raciocínio clínico durante as sessões. Para finalizar, são apresentados roteiros detalhados para a condução de intervenções específicas, especialmente o *Roteiro de relaxamento* e o *Roteiro de mindfulness*, que munem o terapeuta de uma base protocolar para a execução dessas técnicas.

Dados recentes do Global Burden of Disease (GBD) registram aproximadamente 746 mil óbitos por autoextermínio em 2021, com taxa global padronizada de 9 mortes por 100 mil habitantes, embora esse índice tenha apresentado declínio desde 1990 (Nicole Weaver *et al.*, 2025). Além disso, deve-se considerar que a magnitude do fenômeno varia regional e demograficamente. Por isso, Jane Pirkis *et al.* (2024) ressaltam a importância de estratégias de prevenção integradas, que considerem fatores ambientais, sociais e biológicos, a fim de mitigar esse grave problema de saúde coletiva.

Nesse contexto, *Terapia cognitivo-comportamental breve para prevenção do suicídio* posiciona-se como uma contribuição substancial. Bryan e Rudd (2024) postulam que intervenções breves e estruturadas podem ser eficazes para reduzir o risco iminente de suicídio, sobretudo em contextos clínicos de alta demanda e urgência. Sua abordagem favorece a identificação rápida de pensamentos suicidas, o desenvolvimento de estratégias de enfrentamento e a promoção de fatores protetores, atuando tanto na redução de sintomas quanto na modificação dos processos cognitivos subjacentes ao comportamento suicida.

Ainda que se possa argumentar que um protocolo no formato de um manual seja insuficiente para contemplar toda a complexidade subjetiva de cada caso clínico, essa crítica perde força, pois estudos como o de Sasha Rojas *et al.* (2022) demonstram sua aplicação bem-sucedida, mantendo a aliança terapêutica e a segurança do paciente. Nota-se que o modelo mantém flexibilidade suficiente para que o clínico adapte as intervenções às necessidades individuais, sem prescindir de um arcabouço

teórico-prático de relevo. A importância da obra se manifesta principalmente na integração de fundamentos teóricos sólidos com aplicações clínicas. Paralelamente a isso, Natália Oliveira e Ítalo Ferreira (2022) relatam que programas de TCCB de média duração (cerca de doze sessões) apresentam eficácia significativa na redução do risco suicida. Por sua vez, Bahlmann *et al.* (2022) corroboram que programas estruturados mitigam a ocorrência de ideação suicida e sintomas associados em pacientes de alto risco, reforçando a aplicabilidade do protocolo em diferentes cenários.

Em contrapartida, abordagens clínicas tradicionais podem apresentar eficácia variável e menos consistente (Kim Baas *et al.*, 2010), razão pela qual é preciso esclarecer que protocolos claros e fundamentados em evidências são fundamentais. Nesse âmbito, a tradução da obra de Bryan e Rudd (2024) para a língua portuguesa é oportuna e necessária, considerando a persistência do suicídio como desafio global e particularmente brasileiro. Pesquisas futuras devem avaliar efeitos a longo prazo e a viabilidade da TCCB em sistemas públicos. Também cabe mencionar que o monitoramento epidemiológico contínuo do fenômeno é uma política necessária, na esteira do que defendem Weaver *et al.* (2025). De seu lado, Pirkis *et al.* (2024) advertem sobre a importância de avaliações econômicas para orientar políticas abrangentes de cuidado a pessoas vulneráveis ao comportamento de autoextermínio.

Por fim, verifica-se que *Terapia cognitivo-comportamental breve para prevenção do suicídio* consolida-se como um importante manual clínico à disposição dos profissionais de saúde mental. Espera-se que a incorporação da TCCB em políticas públicas interdisciplinares contribua para a redução das taxas de autoextermínio, assentando esse recurso como relevante à prática clínica cotidiana.

Referências

BAAS, K. D. *et al.* Brief cognitive behavioral therapy compared to general practitioners care for depression in primary care: a randomized trial. **Trials**, [s. l.], v. 11, n. 1, art. 96, p. 1-6, 2010.

BAHLMANN, L. *et al.* Relapse prevention intervention after suicidal event (RISE): feasibility study of a psychotherapeutic short-term program for inpatients after a recent suicide attempt. **Frontiers in Psychiatry**, [s. l.], v. 13, 937527, p. 1-11, 2022.

BRYAN, C. J.; RUDD, M. D. **Terapia cognitivo-comportamental breve para prevenção do suicídio**. Trad. Sandra Maria M. da Rosa. Porto Alegre: Artmed, 2024.

DIEFENBACH, G. J. *et al.* Brief cognitive-behavioral therapy for suicidal inpatients. **Cognitive and Behavioral Practice**, [s. l.], v. 28, n. 2, p. 224-240, 2021.

HAZLETT-STEVENSON, H.; CRASKE, M. G. Brief cognitive-behavioral therapy: definition and scientific foundations. In: BONS, F. W.; DRYDEN, W. (ed.). **Handbook of cognitive behaviour therapy**. Chichester (Reino Unido): John Wiley & Sons, 2002. p. 1-20.

MENEFEE, D. S.; LEDOUX, T.; JOHNSTON, C. A. The importance of emotional regulation in mental health. **American Journal of Lifestyle Medicine**, [s. l.], v. 16, n. 1, p. 28-31, 2022.

MINOIS, G. **History of suicide**: voluntary death in western culture. Trad. Lydia G. Cochrane. Baltimore (Estados Unidos da América): The Johns Hopkins University Press, 1999.

OLIVEIRA, N. D.; FERREIRA, I. S. Terapia cognitivo comportamental e suicídio: revisão integrativa. **Research, Society and Development**, [s. l.], v. 11, n. 4, e26311427403, p. 1-8, 2022.

PIRKIS, J. *et al.* Preventing suicide: a public health approach to a global problem. **Lancet Public Health**, London (Reino Unido), v. 9, p. e787-e795, 2024.

ROJAS, S. M. *et al.* Brief cognitive-behavioral therapy for suicide prevention (BCBT-SP) via video telehealth: a case example during the covid-19 outbreak. **Cognitive and Behavioral Practice**, [s. l.], v. 29, n. 2, p. 446-453, 2022.

WEAVER, N. D. *et al.* GBD 2021 Suicide Collaborators. Global, regional, and national burden of suicide, 1990-2021: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2021. **The Lancet Public Health**, London (Reino Unido), v. 10, n. 3, p. e189-e202, 2025.

Recebido em 08/06/2025

Aceito em 22/07/2025