

SUICÍDIO: INTERVENÇÕES DA TERAPIA COGNITIVO COMPORTAMENTAL ATUANDO NA PREVENÇÃO

*Elisabeth Candida Pereira¹
Esp. Bruner de Moraes Miranda²*

RESUMO: O suicídio é um fenômeno destrutivo e com grande impacto social, e diz respeito à ação de autoagressão, portanto compreende-se que essa forma de violência autoprovocada é uma combinação de fatores biológicos, psicológicos, sociais e ambientais. O presente artigo tem como objetivo descrever e refletir sobre o suicídio abordando alguns fatores de risco e analisar, sob a perspectiva da Psicologia se as intervenções da terapia cognitivo comportamental podem promover e desenvolver eficiência em relação ao tratamento. O método utilizado foi pesquisa bibliográfica de natureza exploratória. Os resultados demonstraram que o suicídio possui causas multifatoriais que podem ser situacionais, orgânicas ou psicopatológicas. Conclui-se que, as intervenções e a prática clínica da terapia cognitivo comportamental, baseiam-se em atuar nas cognições que influenciam e controlam as emoções e os comportamentos, sendo uma das abordagens mais indicadas sob o olhar da psicologia buscando intervir diante das situações de crises, logo a melhora pode ser produzida pela modificação do pensamento e de crenças disfuncionais.

Palavras chave: Suicídio. Prevenção. Terapia Cognitivo Comportamental.

1. INTRODUÇÃO

O comportamento suicida envolve a ideação, planejamento e a tentativa de suicídio. Ao abordar essa temática sabe-se da alta complexidade envolvida em se tratar de um tema de crescente ocorrência, visto que a mortalidade por suicídio tem aumentado significativamente nos últimos anos, situando-se entre as dez principais causas de morte, considerando todas as faixas etárias (Brasil, 2006).

¹Graduanda no Curso de Bacharelado de Psicologia, UNIFUCAMP - Centro Universitário de Mário Palmério. e-mail: lisa.gm1@hotmail.com

²Prof. Esp. Docente na instituição UNIFUCAMP - Centro Universitário de Mário Palmério. e-mail: brunermorais@unifucamp.edu.br

Carvalho et al. (2013) ressaltam que não existe um único fator de risco ou protetor que provoque ou impeça o comportamento suicida, haja vista que nem todos são igualmente relevantes em condições de prevenção. Diante disso, precisam ser avaliados em conjunto e inseridos no contexto do sujeito e de sua historicidade. Assim, são muitos os fatores que influenciam no comportamento suicida, sendo que um único não é satisfatório para esclarecê-lo, podendo estar associado a múltiplos fatores como psicológicos, econômicos, sociais e culturais.

Assim sendo, programas de prevenção devem ser prioridade no planejamento e na política pública, sendo que já que essas medidas preventivas podem contribuir para a diminuição dessas taxas, tanto a nível nacional quanto mundial. Segundo Rodrigues e Estol (2020) essas medidas são atividades e ações simples que abordam o tema e que podem fazer uma grande diferença, promovendo a discussão e reflexão sobre o que é o suicídio.

A intenção suicida geralmente é um processo que se desenvolve através de estágios, que vão desde a ideação suicida, dos planos de como se matar, até a ação destrutiva concreta (BRASIL, 2006). A maioria das pessoas sob risco de suicídio apresenta três características principais: ambivalência, impulsividade e rigidez do pensamento (BERTOLOTE; MELLO; BOTEGA, 2010).

Conforme aponta Cruz (2014), o tema suicídio remete a uma reflexão acerca do sentido da vida. Inúmeros questionamentos surgem com esta temática e o modo como é entendido e pensado o suicídio, irá definir os limites e possibilidades de intervenções. Ao partir do princípio que o sujeito não quer se matar, mas sim, acabar com seu sofrimento, é possível realizar ações em favor da vida, ou seja, se este estiver imerso num projeto de morte, deve-se apostar em ações que potencializem a vida.

Compreende-se que de acordo com Beck (1997), a busca pela prevenção do comportamento suicida, pautando-se pela terapia cognitiva comportamental, estabelece uma aliança eficaz, pois é possível a redução e até extinção de ideações ou tentativas de suicídio. Sendo assim, além de evitar mortes e demais consequências, ressalta-se a importância em perceber os sintomas precocemente e

buscar por orientação de profissionais qualificados para que se comece um tratamento e acompanhamento seguro e efetivo.

De acordo com Rangé (2001), as técnicas cognitivas consistem em identificar, testar na realidade, e corrigir crenças e pensamentos automáticos negativos. O paciente aprende a identificar os momentos em que sua disforia tende a aparecer mais frequentemente, sendo períodos críticos, e aprende a detectar pensamentos automáticos. Num segundo momento, o paciente aprende a analisar os pensamentos automáticos buscando-se enxergar a distorção, e passa então a questioná-lo para obter uma interpretação mais realista diante dos fatos a sua volta.

A escolha da temática tende a provocar reflexões sobre a formação e a influência na personalidade, bem como a sua importância enquanto fenômeno capaz de provocar sofrimento e alterações, levando o indivíduo ao desenvolvimento de distúrbios.

Este fato é preocupante, pois vivemos em um contexto de crescente aumento de casos de suicídio tanto em nível nacional quanto em nível mundial, conforme OMS. É um tema que não pode ser distanciado, sempre há impacto ao se falar ou pensar sobre o suicídio. Percebe-se a dificuldade de se falar sobre o suicídio em vários âmbitos, e essa dificuldade de comunicação ocorre, na maioria das vezes, por medo, preconceito ou julgamento e quando não há acolhimento devido.

O presente artigo tem como objetivo geral abordar alguns fatores de risco e discorrer sobre importância das intervenções que a terapia cognitiva comportamental pode promover e desenvolver em relação a complexidade de tal atitude. Busca-se ainda, como objetivos específicos destacar a relevância de programas de intervenção preventiva que permitem a identificação precoce e a intervenção nas situações de risco, podendo então identificar as principais variáveis precursoras da ideação de suicídio.

Justifica-se o interesse pelo tema tendo em vista a sua relevância, pois traz à tona um grave problema que se articula com múltiplas dimensões em que são necessários planejamentos. Assim como desenvolvimento de ações que assegurem o apoio e principalmente medidas preventivas, visando contribuir com a apresentação

das principais estratégias preservativas da vida. Assim, torna-se importante evidenciar sobre fatores protetivos para a não consumação de comportamento suicida, a conscientização para que as pessoas falem abertamente sobre o tema, o desenvolvimento de pesquisas e ações voltadas para a estratégia de prevenção do suicídio.

2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 Suicídio

Entende-se que falar sobre o suicídio, é trazer para a consciência uma discussão sobre um tema sobre o qual a maioria das pessoas não quer falar. Sob a visão de Moura (2011), o suicídio é um fenômeno complexo que envolve múltiplas causas e que afeta, além de suas vítimas, os parentes e amigos. Envolve também profissionais de saúde e de outros setores que direta ou indiretamente lidam com o problema.

Conforme Dutra (2011), o suicídio pode ser compreendido como uma forma de lidar com a angústia, visando eliminá-la. Trata-se de uma descrença de que a vida possa ser vivida de outra forma, de um novo jeito, com um sentido próprio, o que significaria recusar-se em prevalecer tal como antes. Ao pensar de outro modo, nota-se que o suicídio pode ser percebido como uma forma desesperada de se apropriar da vida, de seu próprio ser. Dessa forma, o suicídio pode significar a onipotência de se tomar nas mãos a fatalidade do ser para a morte.

A ideação suicida refere-se aos pensamentos de autodestruição e ideias suicidas que, por sua vez, relacionam-se com planos, desejos e atitudes realizadas pelo indivíduo, no intuito de pôr fim a sua própria vida. É normal que os sujeitos vivenciem alguns pensamentos ruins, pois eles fazem parte do processo de desenvolvimento humano ao lidar com situações de problematização. Sendo que esses se tornam ruins quando ideias sobre tirar a própria vida tornam-se a única

solução dos problemas, configurando, um sério risco de tentativa de suicídio ou de sua efetivação (BORGES; WERLANG, 2006).

Botega, Rapelie e Cais (2012, p. 335) apontam que,

podemos nos referir a um comportamento suicida como todo ato pelo qual o indivíduo causa lesão em si mesmo, qualquer que seja o grau de intenção letal e de conhecimento do verdadeiro motivo desse ato. Essa noção possibilita conceber o comportamento suicida ao longo de um *continuum*: a partir de pensamentos de autodestruição, passando por ameaças, gestos e tentativas de suicídio e finalmente o suicídio.

O comportamento suicida vem ganhando impulso em termos numéricos e, principalmente, de impacto. Os registros oficiais sobre tentativas de suicídio são mais escassos do que os de suicídio, mas estima-se que o número de tentativas de suicídio supere o número de suicídios em pelo menos dez vezes. Um dos motivos para que os dados sejam insuficientes é o despreparo dos profissionais no que diz respeito a identificar os fatores de risco associados ao suicídio, saber quais são as possíveis intervenções em cada nível de atenção à saúde e notificação correta nos sistemas de informação (BEAUTRAIS, 2000).

Para Durkheim (2000), um grande precursor da visão sociológica do suicídio, chama-se de suicídio todo o caso de morte que resulte direta ou indiretamente de um ato positivo (por exemplo o enforcamento ou negativo por exemplo, pela greve de fome) praticado pela própria vítima, sabendo que deveria produzir esse resultado. De acordo com Cassorla (1998), o suicídio é considerado uma junção de fatores ambientais, sociais, fisiológicos e biológicos. Nos primórdios, devido à ocultação de informações e dados imprecisos sobre os casos de suicídio, estes eram contabilizados através de arquivos judiciais, notícias de jornais e da própria literatura da época.

Araújo et al. (2010), por sua vez, ressalta que a pessoa que pensa em cometer suicídio apresenta um esgotamento emocional alto acarretando, portanto, um sentimento de desesperança e de falta de energia. A principal causa do suicídio é a depressão e as muitas outras doenças mentais, porém não existe uma definição única aceitável. O suicídio implica necessariamente em um desejo consciente de morrer, de não existir.

Para a Análise do Comportamento, há diversos arranjos de fatores determinantes do suicídio e seus correlatos. Para Wielenska (2001, p. 107), pode ser conceituada da seguinte forma:

Por exemplo, há casos nos quais a tentativa fracassada de suicídio resultou na redução concreta da aversividade e no provável aumento de reforçadores positivos contingentes à tentativa. Um segundo arranjo envolve pessoas que escolhem formas bastante poderosas de auto eliminação, e que ativamente buscam dissimular seus intentos, principalmente de quem poderia se opor vigorosamente ao ato suicida, impedindo ou dificultando à tentativa. Há também pessoas que objetivam dar cabo de suas vidas, mas preferem ou precisam esconder a natureza de seu ato, e também indivíduos que adotam o suicídio disfarçado para evitar que familiares ou amigos pensem que o suicida pouco se importava com eles e escolheu o afastamento eterno. Num quarto agrupamento de fatores, situam-se pessoas que sobreviveram às tentativas de efetiva ruptura com a vida e precisaram se deparar com consequências ainda mais aversivas, como sequelas físicas, descenso econômico, censura ou abandono por parte de amigos e familiares no qual irritados, cansados e feridos, desistem de prover apoio e cuidado.

O Ministério da Saúde, em seu manual formulado para a prevenção ao suicídio, aborda a existência de características que antecedem o pensamento suicida, características. Estas como a ambivalência, impulsividade e rigidez/constrição. Sabe-se que na ambivalência o indivíduo idealiza a morte, mas cultua a vida, vivendo em um conflito interno equilibrado entre valores e o sofrimento psíquico. (BRASIL, 2006)

Na impulsividade a intenção de cometer suicídio é transitória, gerado por fatores estressores, nesse caso, a indução da calma que ajuda na prevenção de um ato mais agressivo. A rigidez transporta a pressão do comportamento para o estado cognitivo envolvendo diversos fatores emocionais, em que o pensamento de autoextermínio seria a única opção para a resolução de um sentimento que não há mais nada a ser feito a não ser a morte (CENTRO DE VALORIZAÇÃO DA VIDA - CVV, 2016).

Já Cunha (2000) corrobora que o psicodiagnóstico é um processo científico, que utiliza técnicas e testes psicológicos para compreender e prever comportamentos prováveis de uma psicopatologia. O psicodiagnóstico de suicídio objetiva sua prevenção, o qual através de suas etapas, o psicólogo busca nos instrumentos conhecer a estrutura de personalidade do indivíduo, e encontrar traços que possam

indicar essa predisposição e acometimento do ato ou a alguma ideação por conta de alguma psicopatologia.

Para que uma tentativa de suicídio se desenvolva, cognições sobre fracassos na vida, como um não pertencimento ou uma percepção de fardo são necessárias, e essas percepções de fracasso alimentam os esquemas suicidas, particularmente o esquema baseado na desesperança. O suicídio é mediado por sentimentos de pessimismo ou desesperança e, alguns indivíduos são motivados por um desejo de escapar ou colocar fim ao sofrimento, enquanto outros são motivados por um desejo de comunicar suas preocupações a outrem (DATTILIO; FREEMAN, 2004; JOINER et al., 2005; JOINER, 2007).

Compreende-se que para cada paciente com pensamento e intenções suicidas existe um modelo cognitivo que visa identificar as crenças centrais, levando em consideração a particularidade de cada pessoa. Esses pacientes não são e não possuem categorias semelhantes.

Alguns suicidologistas, por exemplo, tem argumentado que existem (pelo menos) duas classes de pacientes suicidas-aquelas que são caracterizados por uma sensação penetrante de desesperança e um forte desejo de morrer e aqueles para quem a desesperança e a intenção de morrer não são características salientes, mas que tem dificuldades em regular o humor e o comportamento impulsivo ou que fazem tentativa para comunicar algo aos outros. (WENZEL; BROWN; BECK 2010).

Verifica-se que a existência de instrumentos de avaliação psicológica é de extrema importância para que se consiga identificar sinais de ideação suicida e desesperança, possibilitando uma intervenção clínica antes que ocorra a tentativa de suicídio, ou concretização do ato. Diante do impacto psicológico causado pelo ato ou pela tentativa, se torna visível a grande necessidade de intervenções a fim de identificar previamente o risco de suicídio

2.2 Terapia Cognitiva Comportamental e as intervenções

Verifica-se que a terapia cognitiva comportamental faz uso de princípios de aprendizagem, estabelecidos experimentalmente, para enfraquecer e eliminar comportamentos inapropriados e por consequência mal adaptativos. Diversas

técnicas comportamentais são utilizadas, tais como, registro diário dos pensamentos disfuncionais (RDPD), método socrático, testes comportamentais, planejamento de atividades diárias, entre outras.

Nessa perspectiva de prevenções, aborda-se a Terapia Cognitiva Comportamental, no qual Beck (1997) utiliza o conceito da estrutura biopsicossocial na determinação e compreensão dos fenômenos relativos à psicologia, no entanto, constitui-se como uma abordagem que focaliza o trabalho sobre os fatores cognitivos da psicopatologia. Assim, a Terapia Cognitiva tem como objeto de estudo principal a natureza e a função dos aspectos cognitivos, ou seja, o processamento de informação que é o ato de atribuir significado a algo.

O diferencial da terapia cognitiva comportamental, conforme ressalta Beck (1997), é o estabelecimento da relação terapêutica que, por sua vez, é extremamente importante, pois o paciente que tenta o suicídio precisa de alguém para confiar, prezando por uma aliança terapêutica segura que se embasa em cordialidade, atenção, respeito genuíno, empatia e competência. Além de enfatizar problemas atuais e situações que provoquem aflição no paciente, nesse processo de tratamento, são utilizadas técnicas que visam reestruturação de pensamento, humor e comportamento.

Sabe-se que técnicas utilizadas pela terapia comportamental cognitiva, visam por sua vez, corrigir crenças e pensamentos negativos. O paciente aprende a identificar os momentos em que sua disforia tende a aparecer mais frequentemente, designados de períodos críticos, e aprende a detectar pensamentos automáticos. Num segundo momento, o paciente aprende a analisar os pensamentos automáticos, buscando enxergar distorções nos mesmos, onde passa então a questioná-los para obter interpretações mais realistas dos fatos a sua volta (RANGÉ, 2001b).

Ainda na perspectiva de Beck (1997), a terapia cognitiva comportamental (TCC) utiliza-se de técnicas diretivas e objetivas, baseadas na participação entre terapeuta e paciente para a identificação de pensamentos disfuncionais; ela possibilita autonomia deste sujeito na resolução dos seus conflitos, e normalmente pretende

abrandar a aflição emocional, corrigindo as interpretações possivelmente errôneas construídas pelo indivíduo.

A TCC corrobora o aspecto do modelo biopsicossocial ser um conceito amplo que visa estudar a causa ou o progresso de doenças, utilizando-se de fatores biológicos, fatores psicológicos e fatores sociais. E a OMS - Organização Mundial de Saúde, prevê a definição de saúde como um estado completo de bem-estar físico, mental e social do ser humano, ao contrário do senso comum, que infere ao termo a ideia de ausência de doenças. À esta abordagem, que cuida das instâncias biológicas, mentais e sociais, chamamos de modelo biopsicossocial, que atende diretamente ao conceito de saúde evidenciando a evolução das ideias nessa área da experiência humana (SCLiar, 2007).

Quanto às intervenções que colaboram para a prevenção contra o suicídio, Botega e Cols (2006) discorrem com as seguintes contribuições: o desenvolvimento de bons vínculos afetivos mais consistentes; sensação de pertencimento a um certo grupo social; a religiosidade como forte elemento de prevenção; além de características culturais específicas que varia entre os países.

Conforme Cordioli (2004), uma forma de modificar crenças é desafiá-las em situações práticas. Nesse exercício, a crença é considerada uma hipótese, onde o paciente rejeita ou confirma, conforme testado na prática, em situações reais. Através de testes comportamentais, pode-se pedir, por exemplo, que um paciente que possua crenças do tipo: “Nada do que falar em grupo será interessante”, teste na prática essa sua crença, observando a resposta de outras pessoas às suas falas. Caso observe que algumas pessoas respondem às suas falas, a crença será questionada, na medida em que a fala foi interessante para a outra pessoa.

A desesperança é um estado que pode ser ativado em um determinado momento, antecedendo o ato anterior à tentativa de suicídio. Dessa maneira, entende-se que quando um traço de desesperança é ativado há uma interação com estressores ambientais no intuito de impulsionar esse estado de desesperança. Quanto mais potente é o estado de desesperança, maior é a associação com a ideação suicida (BECK, 1986 *apud* WENZEL et al., 2010).

O grande desafio da prevenção do comportamento e ideação suicida se mostra complicado por sua gama de motivações que podem levar ao ato suicida. Há grandes complexidades ligadas ao suicídio e à ideação, tais como a dificuldade em definir operacionalmente a suicidalidade e os seus comportamentos associados, o estigma associado ao suicídio e principalmente ao desafio do grande número de vias que levam ao suicídio (HAYES; PISTORELLO; BIGLAN, 2008).

3. MÉTODO

O método adotado no presente trabalho foi o da pesquisa de revisão bibliográfica narrativa de natureza exploratória, permitindo maior familiaridade com o assunto, por meio da consulta a autores renomados, no intuito de respaldar a base teórica.

As plataformas utilizadas para a realização da pesquisa foram sites, google acadêmico, SciELO, livros acadêmicos, revistas, livros pessoais e por meio desse, obteve-se um amplo leque de informações, pois existem vários autores que discutem sobre os assuntos discorridos no presente trabalho. Quanto ao período da idealização da mesma, foi realizado levantamento acerca da temática mediante o material com datas de 1976 a 2016.

Os artigos de revisão narrativa, assim como outras categorias de artigos científicos, são uma forma de pesquisa que utiliza fontes de informações bibliográficas ou eletrônicas para obtenção de resultados de pesquisa de outros autores, com o objetivo de fundamentar teoricamente o determinado tema. (BERNARDO et al., 2004)

A pesquisa bibliográfica é elaborada a partir de um material já publicado e este material deve passar por uma triagem para, então, passar por uma leitura sistemática, acompanhada de anotações e fichamentos. A abordagem exploratória, por sua vez, visa promover aumento da familiaridade com o problema, e tem como objetivo tornar o mesmo mais explícito, estas pesquisas visam o aprimoramento de ideias (GIL, 2010). Sua principal vantagem é permitir ao pesquisador a cobertura mais ampla do

que se fosse pesquisar diretamente; é relevante quando o problema de pesquisa requer dados muito dispersos.

Para Martins e Theóphilo (2016), a pesquisa bibliográfica é uma estratégia de pesquisa necessária para a condução de qualquer pesquisa científica. Uma pesquisa bibliográfica procura explicar e discutir um assunto, tema ou problema com base em referências publicadas em livros, periódicos, revistas, jornais, sites, buscando, analisar e explicar, contribuições sobre determinado assunto, tema ou problema. A pesquisa bibliográfica é um excelente meio de formação científica, essa análise teórica é parte indispensável de qualquer trabalho científico, visando à construção da plataforma teórica do estudo.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

O suicídio apesar de ter grande relevância no cenário clínico, ainda possui grandes desafios quanto a sua prevenção. Entende-se que o cliente que apresenta esta queixa possui históricos de punição e poucos reforçadores, assim o psicólogo fica frente a uma história de aprendizagem dolorosa e, na sua maioria, complexa (HAYES, PISTORELLO; BIGLAN, 2008).

Os resultados diante as pesquisas conforme mencionadas demonstram que o indivíduo que apresenta ideação suicida em geral manifesta a desesperança como crença, caracterizada por uma visão de futuro vazio, sem perspectivas. Muitas vezes, é fundamental a intervenção de áreas como psiquiatria e serviço social, que, juntamente com o processo terapêutico, vão buscar promover esperança.

O processo terapêutico da TCC com o paciente que apresenta pensamentos suicidas tem similaridades com o processo terapêutico da TCC para pacientes com depressão, com transtornos de ansiedade, com transtornos de dependência de substância, dentre outros (WENZEL et al., 2010).

Camargo e Andretta (2013) sustentam em seus estudos que o objetivo principal da TCC no enfrentamento da ideação suicida é produzir mudanças nos pensamentos e nas crenças do paciente para que com isso seja possível modificar déficits cognitivos

e comportamentais, tornando essa mudança duradoura. Essa teoria tem o intuito de auxiliar na identificação de distorções cognitivas e consequentemente alteração de humor.

Estudo realizado por Medeiros e Sougey (2010) acerca de distorções do pensamento em pacientes deprimidos mostrou que a desesperança foi o pensamento mais recorrente entre os indivíduos pesquisados, com uma prevalência de 85,5%, seguido da ideação suicida, com 65,5%. No que se refere às tentativas de suicídio, 42,7% dos respondentes mencionaram pelo menos uma tentativa ao longo da vida.

Sabe-se que psicoterapia atua sobre os pensamentos deflagrados por uma dada situação estimulante, uma vez que tais pensamentos geram os sentimentos e comportamentos que caracterizam a relação do indivíduo com o ambiente que o cerca. Neste sentido, compreende-se que vários métodos da TCC podem ajudar no tratamento e na prevenção do suicídio, tais métodos incluem:

- a) tirar forças da relação Terapêutica; b) fornecer Psicoeducação sobre os motivos para ter esperança; c) manter as sessões concentradas em metas e agendas atingíveis; d) envolver os pacientes em exercícios comportamentais que demonstrem capacidade para mudar; e) modificar crenças desesperançadas; f) identificar pontos fortes das crenças nucleares positivas, g) desenvolverem cartões de enfrentamento que construam a esperança. (WRIGHT et al., 2012)

De acordo com Beck (1995), a terapia cognitiva é o caráter de participação ativa do cliente no tratamento, de modo que o cliente é auxiliado a identificar suas percepções distorcidas; reconhecer os pensamentos negativos e buscar pensamentos alternativos que reflitam a realidade mais de perto; encontrar as evidências que sustentam os pensamentos negativos e os alternativos; gerar pensamentos mais consistentes e dignos de crédito ligados a determinadas situações em um processo chamado reestruturação cognitiva.

Pode-se acrescentar ainda, seguindo os dizeres de Guilhardi (2001), que podem ser indícios de comportamento suicida algumas características de respostas: a falta de comunicação, a quietude, o retraimento, a existência de nenhum ou poucos amigos, tristeza constante, falta de expressão facial, a existência de pressão sobre o desempenho pessoal tanto na escola, em casa, no trabalho, ou nos relacionamentos, as mudanças familiares ambientais e traumáticas, entre outras.

Compreende-se que no aspecto da Psicologia, existem várias abordagens psicológicas que discorrem e abordam sobre as causas, tratamento e prevenção para o comportamento suicida. A TCC é uma das abordagens que procura compreender este fenômeno e desenvolver intervenções com indivíduos em que se encontram em tal condição de desesperança.

Desenvolver medidas de intervenções faz parte do processo de prevenção no risco de suicídio, pois, procura-se oferecer tanto para o indivíduo quanto à família informações sobre o transtorno, sobre os sentimentos e qual o melhor tratamento, bem como na atuação de um tratamento de impacto psicológico que essas informações irão causar.

Rangé (2001), relata algumas técnicas utilizadas durante a TCC, como o exercício diário de anotar pensamentos disfuncionais e, assinala que é importante que os pacientes anotarem todos os seus pensamentos associados com seus estados de disforia para posterior análise ou para que o próprio paciente tente reestruturá-los.

O planejamento de atividades diárias é feito geralmente semanalmente, e consiste em desenvolver junto com o paciente um programa diário de atividades que aumente o seu nível de ação, a probabilidade de reforçamento e a possibilidade de refutação de suas crenças negativas, o que torna a técnica muito eficaz no combate contra a depressão (RANGÉ, 2001).

Quanto ao método socrático, este se configura como perguntas que o terapeuta faz para o paciente buscando questionar os fundamentos de seus pensamentos automáticos para que, reconhecendo a ausência deles, possa modificá-los. Cordioli (2004), ao falar do questionamento socrático, coloca que este deve focalizar os pensamentos, onde depois de reconhecê-los, o paciente deve-se perguntar (ou o terapeuta deve perguntar ao paciente): “Que evidências tenho de que aquilo que passou pela minha cabeça naquele momento é verdadeiro”?

Outro método, também utilizado na terapia cognitiva comportamental, que tem peso importante, principalmente intervindo como preventivo, é a prevenção de recaídas. Como aponta Caballo (1996), a recaída seria uma crise ou um retrocesso das tentativas do paciente em mudar ou manter as mudanças do seu comportamento.

Nos procedimentos de prevenção de recaídas, através da autovigilância, os pacientes devem prestar atenção ao seu comportamento e, inibir o comportamento habitual, identificando situações de alto risco onde a recaída é provável.

A dessensibilização sistemática (DS) é uma intervenção terapêutica desenvolvida para, dentre outras, eliminar as síndromes de evitação. Conforme Caballo (1996), a DS consta de quatro passos principais:

- 1) Treinamento no emprego da escala “SUDS”;
- 2) uma completa análise comportamental e o desenvolvimento de uma hierarquia de medos;
- 3) Treinamento do relaxamento muscular profundo ou algum outro procedimento de relaxamento;
- 4) A combinação da exposição, na imaginação, à hierarquia de medos junto com o estabelecimento de uma resposta de relaxamento profundo no paciente – “a dessensibilização propriamente dita”.

A reestruturação cognitiva também deve ser usada, para evitar reações de pacientes que recaem, tais como, sentimento de perda, culpa e fracasso, sendo assim, para Schlösseret al. (2014), deve ser salientado que os fatores protetivos assim como, os fatores de risco, não se prendem somente ao presente, eles levam em conta toda a história de vida e desenvolvimento de um indivíduo e de seus familiares. Desta forma, para que seja produzido um bom julgamento clínico é imprescindível que os profissionais de saúde levem em consideração a análise de todos os fatores ao invés de uma análise isolada de um ou de outro fator.

A parceria entre terapeuta e paciente é desenvolvida e mantida ao compartilharem informações e técnicas de acordo com o modelo da TCC, sendo a psicoeducação um aspecto relevante. Essa atitude colaborativa também é encorajada através de habilidades centrais por parte do terapeuta, que envolvem empatia, escuta reflexiva e o uso do questionamento socrático. (BENNETT-LEVY et al., 2004).

Lima e Derdyck (2001), em seu artigo discorrem que, seja em atendimento individual ou grupal, o objetivo da Terapia Cognitiva é sempre o mesmo: facilitar a aprendizagem de novos comportamentos e cognições. A Terapia Cognitiva mantém

um critério rigoroso de técnicas, que exige muito do profissional psicólogo ter as habilidades necessárias e da pessoa depressiva colaborar para essa prática. O item fundamental para o psicólogo atuar com êxito é sempre instalar a esperança, pois, em pessoas depressivas a esperança é um sentimento muitas vezes distante, e em sua maioria as pessoas se encontram sem perspectivas para o futuro.

Para Sudak (2012) por sua vez, corroborando para elencar os resultados da eficácia comprovada do tratamento da TCC para pacientes com quadros depressivo e ansioso, os quais podem aumentar o risco de suicídio, conclui que o terapeuta com características ativas e assertivas, e que acredite no tratamento e tenha um plano de ação é um ponto importante para gerar mudança nas cognições, nas emoções e nos comportamentos do paciente. Uma aliança terapêutica estabelecida pode contribuir para a redução da desesperança e dos pensamentos suicidas.

Verifica-se que em estudo realizado por Brown (2005), com um grupo de pacientes com graus significativos de desesperança, aponta que intervenções realizadas por meio de 10 sessões de TCC tornaram 50% dos participantes menos propensos à tentativa de suicídio no período do acompanhamento do que o grupo que não recebeu tal tratamento. Além disso, foi constatada diminuição significativa dos níveis de desesperança do grupo que foi acompanhado a partir da TCC, bem como outros sintomas depressivos se tornaram menos graves. O grupo que recebeu intervenções da TCC tinha acompanhamento uma ou duas vezes na semana, a depender da necessidade individual. Nessas sessões, o principal objetivo era o desenvolvimento de estratégias de prevenção de atos suicidas.

Já Vostanis (1996) observaram uma recuperação substancial (87%) após a TCC em grupo breve (2 a 9 sessões, média de 6 sessões) em indivíduos de 8 a 17 anos com depressão maior, transtorno distímico e pensamentos suicidas. De modo geral, a melhora se mantinha no seguimento de nove meses. Também foram observadas taxas elevadas de recuperação entre jovens de um grupo de comparação em uma intervenção não-focal (taxa de recuperação de 75%). Porém, é importante observar que o estudo incluiu muitos jovens com depressão leve (54,4% com

depressão menor), que têm mais probabilidade de responder a uma terapia não-específica.

Stallard (2007) alerta que a terapia cognitivo-comportamental não é caracterizada por uma intervenção homogênea totalmente padronizada, muito pelo contrário, ela adota várias estratégias singulares combinadas e empregadas com um grupo diversificado de clientes, levando-se em consideração as diferentes idades, o desenvolvimento cognitivo, linguístico e social do indivíduo.

De acordo com Serra (2009), o processo terapêutico da TCC com o paciente com pensamentos suicidas tem similaridades com o processo terapêutico da TCC para pacientes com depressão. A autora aponta que a TCC com o paciente com ideação suicida se empenha nos problemas vivenciados pelo indivíduo, mais especificamente se estes tiverem correlação com crises suicidas.

Serra (2009) ressalta ainda a importância de se atentar para a prevenção do suicídio, seja buscando estratégias que modifiquem a ideação ou intenção suicida, buscando estratégias que propiciem esperança para o futuro.

Quanto as intervenções da terapia cognitiva comportamental, de acordo com Rangé (2001), as técnicas cognitivas, são amplamente utilizadas, e consistem em identificar, testar na realidade, e corrigir crenças e pensamentos automáticos negativos. O paciente aprende a identificar os momentos em que sua disforia tende a aparecer mais frequentemente, sendo períodos críticos, e aprende a detectar pensamentos automáticos. Num segundo momento, o paciente aprende a analisar os pensamentos automáticos, busca-se enxergar a distorção, e passa então a questioná-lo para obter interpretação mais realista diante dos fatos a sua volta.

Posto isso, uma das finalidades da TCC consiste em corrigir as distorções cognitivas que estão gerando sofrimento ao indivíduo e fazer com que o mesmo desenvolva meios eficazes para enfrentá-los. Assim, a terapia cognitiva não é apenas um punhado de técnicas cognitivas e comportamentais tiradas do instrumental terapêutico disponível. Segundo Beck (1976), o modelo cognitivo não é definido pela variedade de técnicas que são empregadas, mas sim, na ênfase que se é dada ao papel dos pensamentos na causa e na manutenção dos transtornos pelo terapeuta.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante do exposto, é possível concluir o quanto é importante refletir e explorar sobre esse tema, tomando-o como um alerta para a sociedade em geral. Sob a ótica da Psicologia, o terapeuta cognitivo comportamental pode tornar-se um alicerce seguro, ao buscar gerar algum grau de esperança no paciente com intenções e pensamentos suicidas, podendo levá-lo a seguir em frente, desenvolvendo um trabalho de prevenção onde o risco de suicídio seja amenizado, ou totalmente eliminada a possível tentativa.

Entende-se que os indivíduos que apresentam ideação suicidas estão em constante contato com eventos aversivos e de punição, nesse sentido, a audiência não punitiva está como fator principal para a construção da relação terapêutica e consequentemente à mudança de comportamentos. Contudo é importante considerar que o suicídio é um fenômeno multifacetado e com inúmeras interpretações.

A Terapia Cognitivo-Comportamental baseia-se na premissa de que os pacientes deprimidos têm distorções cognitivas na maneira como veem a si mesmos, o mundo e o futuro que contribuem para sua falta de vontade de viver e desesperança da vida.

É imprescindível aliar o processo cognitivo e terapêutico junto a outras estratégias, também fundamentais na prevenção e desenvolvimento de uma vida melhor, promovendo maior bem-estar no tratamento do paciente, como ações no âmbito familiar, social e profissional do indivíduo, sempre as direcionando a favor da sua qualidade de vida e da melhoria da saúde mental.

Com base na conceitualização cognitiva pode ser possível a seleção de intervenções adequadas para a demanda trazida por cada paciente. Outro ponto importante, não só na fase inicial, mas nas subsequentes, é a avaliação do risco de suicídio. Entre os principais riscos, estão: ideação suicida; comportamento relacionado ao suicídio; diagnóstico clínico geral e psiquiátrico; vulnerabilidades

psíquicas como a desesperança, e psicossociais: história de perdas, abuso físico ou sexual.

Deste modo, é necessário aprofundar os conhecimentos, devido à gravidade e a complexidade do comportamento suicida, além do que, é fundamental o aprimoramento de estratégias úteis e eficazes na prevenção, observar os sinais de alerta que em sua maioria indicam perda do sentido da vida, e desenvolver pontos específicos que possam ser feitos através das propostas elencadas pela TCC (terapia cognitivo comportamental).

Sendo assim tem-se um manejo mais eficiente diante do problema, podendo atuar exatamente sobre os pensamentos e comportamentos anormais apresentados pelo paciente, ofertando técnicas e estratégias que permitam que ele, de forma ativa, possa lidar com esses pensamentos.

O grande desafio da prevenção do comportamento e ideação suicida se mostra complexo por sua gama de motivações que podem levar ao ato suicida. Há grandes complexidades ligadas ao suicídio e à ideação, tais como a dificuldade em definir operacionalmente a suicidalidade e os seus comportamentos, o estigma associado ao suicídio e principalmente ao desafio do grande número de vias que levam ao suicídio (HAYES, PISTORELLO; BIGLAN, 2008).

Portanto, aponta-se a necessidade da realização de estudos aprofundados e contínuos sobre a terapia cognitivo comportamental junto a prevenção do suicídio, sendo indispensável o desenvolvimento de estudos sobre essa temática que comprovem a eficácia das técnicas utilizadas no manejo do suicídio.

Por fim, os estudos levantados constatarem a eficácia das intervenções utilizadas no modelo cognitivo e a sua aplicabilidade, verificando e identificando a influência dos pensamentos nas ações e emoções do indivíduo.

Nota-se que no percurso do tratamento o terapeuta ensina técnicas para desenvolver as habilidades sociais, técnicas para facilitar a confrontação de pensamentos negativistas, ou seja, utiliza de tarefas comportamentais e realiza o treino de habilidades sociais, encorajando dessa forma o enfrentamento dos pensamentos e auxiliando na realização de tomadas de decisões e resoluções de

problemas que promovam maior bem-estar e assertividade na relação com os eventos da vida.

ABSTRACT: Suicide is a destructive phenomenon with great social impact, and concerns the action of self-harm, therefore it is understood that this form of self-inflicted violence is a combination of biological, psychological, social and environmental factors. This article aims to describe and reflect on suicide by addressing some risk factors and analyzing, from the perspective of Psychology, whether cognitive behavioral therapy interventions can promote and develop efficiency in relation to the treatment. The method used was bibliographic research of an exploratory nature. The results showed that suicide has multifactorial causes that can be situational, organic or psychopathological. It is concluded that the interventions and clinical practice of cognitive behavioral therapy are based on acting on cognitions that influence and control emotions and behaviors, being one of the most indicated approaches from the perspective of psychology, seeking to intervene in situations of crisis, so improvement can be produced by modifying dysfunctional thinking and beliefs.

Keywords: Suicide. Prevention. Cognitive behavioral therapy.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, L. C., VIEIRA, K. F. L., & COUTINHO, M. P. L. Ideação suicida na adolescência: um enfoque psicossociológico no contexto do ensino médio.

Psicologia – Universidade São Francisco, v. 15, n.1, 2010.

BERTOLETE, J.M.; MELLO-SANTOS, C.; BOTEGA, N.J. Detecção do risco de suicídio nos serviços de emergência psiquiátrica. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v.32, p. 587-591, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Prevenção do suicídio: manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental**. Brasília: Ministério da Saúde, Organização Pan-Americana de Saúde, Unicamp, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes brasileiras para um plano nacional de prevenção do suicídio. Portaria nº 1.876 de 14 de agosto de 2006**. Disponível em: <

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt1876_14_08_2006.html>. Acesso em 30/09/2020.

BEAUTRAIS, A. L. Fatores de risco para suicídio e tentativa de suicídio entre jovens. **Australian and New Zealand Journal of Psychiatry**. v. 34, n. 3, junho de 2000.

BECK AT. **Cognitive therapy and the emotional disorders**. New York: International Universities Press, 1976.

BECK, A. T.; RUSH, A. J.; SHAW, B.F.; GARY, E. Terapia Cognitiva da Depressão. In BECK J.S. **Cognitive therapy: basics and beyond**. New York: Guilford Press; 1997.

BECK, A. T. **Desesperança como preditor de eventual suicídio**. Ann NY Acad Sei, 48, 1986.

BECK Judith. **Terapia Cognitiva: Teoria e Prática**. Porto Alegre: Artmed, 1997.

BERNARDO, W. M., NOBRE, M. R. C.; JATENE, F. B. **A prática clínica baseada em evidências**. Parte II: buscando as evidências em fontes de informação. Rev. Assoc. Med. Bras. v. 50, n. 1, p. 1-9, 2004.

BENNETT-LEVY J., et al. **O guia Oxford para experimentos comportamentais em terapia cognitiva**. Oxford, Reino Unido: Oxford University Press, 2004.

BORGES, V. R.; WERLANG, B. S. G. **Estudo de ideação suicida em adolescentes de 15 a 19 anos**. Estudos de Psicologia, v. 11, n. 3, p. 345-351, 2006.

BOTEGA, N. J.; RAPELI, C. B.; CAIS, C. F. D. S. Comportamento suicida. In N. J. Botega (Ed.), **Prática Psiquiátrica no Hospital Geral - interconsulta e emergência**. Porto Alegre: Artmed, 2012.

BOTEGA, N. J.; WERLANG, B. S. G.; CAIS, C. F. S.; MACEDO, M. M. K. Prevenção do comportamento suicida. **Psico**, v. 37, n. 3, p. 213-220, 2006.

BROWN, G. K *et al.* **Terapia cognitiva para a prevenção de tentativas de suicídio**: um ensaio clínico randomizado. *Journal of American Medical Association*, v. 294, n. 5, p. 563-570, 2005.

CABALLO, Vicente E. **Manual de Técnicas de Terapia e Modificação do comportamento**. São Paulo: Livraria Santos Editora Com. Imp. Ltda., 1996.

CARVALHO, A. *et al.* **Plano nacional de prevenção do suicídio**. Lisboa, Portugal, 2013.

CAMARGO, J; ANDRETTA, I. Terapia Cognitivo-Comportamental: um caso clínico. **Contextos Clínicos**, vol. 6, n. 1, jan.-jun. 2013.

CASSORLA, R. M. S. **Do suicídio: estudos brasileiros**. 2ª ed. São Paulo, 1998.

CENTRO DE VALORIZAÇÃO DA VIDA(CVV). **Campanha Setembro Amarelo**, 2016. Disponível em: <<http://www.setembroamarelo.org.br/>>. Acesso em: 30/09/2020.

CORDIOLI, A.V. **Vencendo o transtorno obsessivo-compulsivo**: manual da terapia cognitivo-comportamental para pacientes e terapeutas. Porto Alegre: Artmed, 2004.

CRUZ, C. W. (2014). **As múltiplas mortes de si: suicídios de idosos no sul do Brasil**. Tese de Doutorado Não-Publicada. Curso de Pós-Graduação em Ciências Sociais, Universidade do Vale do Rio dos Sinos, São Leopoldo/RS. Disponível em: <http://www.repositorio.jesuita.org.br/bitstream/handle/UNISINOS/3936/CRUZClaudiaWeyne.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

CUNHA, J. A. **Psicodiagnóstico V**. 5ª edição. Editora Artmed, 2000.

DATTILIO, F. M; FREEMAN, A. **Estratégias cognitivo-comportamentais de intervenção em situações de crise**. Porto Alegre: Artmed, 2004.

DURKHEIM, E. **O suicídio: Estudo de sociologia** (M. Stahel, Trans). São Paulo: Martins Fontes, 2000.

- DUTRA, E. Pensando o suicídio sob a ótica fenomenológica hermenêutica: algumas considerações. **Revista da Abordagem Gestalt**, v. 17, n. 2, p. 152-157, dez. 2011.
- GIL, A.C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5. ed. São Paulo (SP): Atlas, 2010.
- GUILHARDI, H. J. et al. (Orgs.). Sobre comportamento e cognição: expondo a variabilidade. v. 8. Santo André: ESETec, 2001.
- HAYES, S. C.; PISTORELLO, J.; BIGLAN, A. Terapia de aceitação e compromisso: Modelo, dados e extensão para a prevenção do suicídio. **Revista Brasileira de terapia comportamental e cognitiva**, v. 10, n. 1, 2008.
- JOINER J. R. et al. A psicologia e neurobiologia do comportamento suicida. **Annu. Rev. Psychol.**, v. 56, 2005.
- LIMA, C. V. O.; DERDYCK, P. R. **Terapia cognitivo-comportamental em grupo para pessoas com depressão**. In: RANGE, B. (Ed.). Psicoterapias cognitivo-comportamentais: um diálogo com a psiquiatria. Porto Alegre: Artmed, 2001. p. 491-498.
- MARTINS, G. de A.; THEÓPHILO, C. R. **Metodologia da investigação científica para ciências sociais aplicadas**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 2016.
- MEDEIROS, H. L. V.; SOUGEY, E. B. **Distorções do pensamento em pacientes deprimidos: frequência e tipos**. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, v. 59, n. 1, p. 28-33, 2010.
- MOURA, A. T. M. S. **Prevenção do suicídio no nível local**: orientações para a formação de redes municipais de prevenção e controle do suicídio e para os profissionais que a integram. Porto Alegre: CORAG, 2011.
- RANGÉ, B. (Org.). **Psicoterapia Comportamental e Cognitiva**: Transtornos Psiquiátricos. Vol. 2. São Paulo: Editoria Livro Pleno, 2001.
- RODRIGUES, H. A.; ESTOL CARDOSO, C. **“Como vai você?”**: projeto de aplicativo para o Centro De Valorização Da Vida. *Revista Poliedro*, Pelotas, Brasil, v. 4, n. 4, p. 188-200, 2020. DOI: 10.15536/2594-4398.2020.v4.n4.pp.188-200.1674. Disponível em: <http://periodicos.ifsul.edu.br/index.php/poliedro/article/view/1674>. Acesso em Maio 2021.
- SERRA, A. M. **Estudo da terapia cognitiva: um novo conceito em psicoterapia**. São Paulo: Criarp, 2009.

SCHLÖSSER, A.; ROSA, G. F. C.; MORE, C. L. O. O. Revisão: comportamento suicida ao longo do ciclo vital. **Temas em Psicologia**, Ribeirão Preto, v. 22, n. 1, 2014.

SCLIAR, M. PHYSIS. História do Conceito de Saúde. **Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 29-41, 2007.

STALLARD, P. **Guia do terapeuta para os bons pensamentos bons sentimentos**: utilizando a terapia cognitivo comportamental com crianças e adolescentes. Porto Alegre: Artmed, 2007.

SUDAK, D. M. **Combinando terapia cognitivo-comportamental e medicamentos**: Uma abordagem baseada em evidências. Porto Alegre: Artmed. 2012.

VOSTANIS, P. *et al.* A randomizado controlado ensaio ambulatorial de tratamento cognitivo-comportamental para crianças e adolescentes com depressão: acompanhamento de 9 meses. **J Affect Disord**, v. 40, p. 105-116, 1996.

WENZEL, A; BROWN, G.K; BECK, A. T. **Terapia Cognitivo Comportamental para pacientes suicidas**. Porto Alegre, Artmed, 2010.

WIELENSKA, R. C. Terapeuta e cliente: exercendo a difícil arte da sobrevivência ao ato suicida. In H. J. Guilhardi et. al (Orgs.), **Sobre comportamento e cognição**: Expondo a variabilidade (pp. 104-109). Santo André, 2001.

WRIGHT J. H. SUDAK D. M. TURKINGTON D. THASE M. E. **Terapia cognitivo-comportamental de alto rendimento para sessões breves**: guia ilustrado. Revisão técnica: Elizabeth Meyer. Porto alegre: Artmed, 2012.