

CENTRO UNIVERSITÁRIO CAMBURY
CURSO DE GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
ARTIGO CIENTÍFICO

DENIZE MARIA DE FREITAS GUIMARÃES ALVES

**O SUICÍDO A PARTIR DA PERSPECTIVA DA TERAPIA COGNITIVO-
COMPORTAMENTAL**

GOIÂNIA
Junho/ 2021.

DENIZE MARIA DE FREITAS GUIMARÃES ALVES

**O SUICÍDIO A PARTIR DA PERSPECTIVA DA TERAPIA COGNITIVO-
COMPORTAMENTAL**

Artigo apresentado ao Centro
Universitário Cambury como requisito
parcial para a obtenção do título de
Psicóloga.

Orientadora: Prof^a. Jéssica Florinda
Amorim.

GOIÂNIA

Junho/ 2021.

DENIZE MARIA DE FREITAS GUIMARÃES ALVES

**O SUICÍDIO A PARTIR DA PERSPECTIVA DA TERAPIA COGNITIVO-
COMPORTAMENTAL**

Artigo apresentado ao Centro Universitário Cambury como requisito parcial para a
obtenção do título de Psicóloga.

Orientadora: Jéssica Florinda Amorim.

Orientadora: Professora Mestre e especialista Jéssica Florinda Amorim

Banca examinadora: Professor Mestre e especialista Wanderson Barreto

Banca examinadora: Professor Especialista Fernando Barbosa de Sousa

DEDICATÓRIA

Ao meu querido e amado esposo Douglas Luiz, como sou feliz em tê-lo nos momentos mais importantes da minha vida, quero dizer e expressar o quanto eu sou feliz ao seu lado, obrigada por construirmos a nossa linda família o nosso único lamento foi não ter tido mais filhos, pois eles são os nossos bens mais preciosos. Você me faz sentir a mulher mais feliz dessa terra.

AGRADECIMENTOS

Ao meu Deus em quem confio, pela minha vida, que me deu força para concluir esta etapa, podendo assim realizar mais um sonho. Dou graças constantemente a Deus Pai por todas as coisas.

À minha família, dedico este artigo ao meu esposo por acreditar em mim, investir, sonhar esse sonho comigo, independente das circunstâncias. Meu coração alegre pela sua vida, e essa alegria completou com nossos filhos Timóteo e Melissa, obrigada filhos por vocês sonharem esse sonho comigo vocês são incríveis, não poderia ter uma família melhor.

Aos meus familiares, a todos aqueles que desejaram esse momento proporcionando força e apoio incondicional. Minha mãe Terezinha de Freitas (In memoria) pelo amor, dedicação.

Aos queridos coordenadores Júlio Cesar, Jéssika Graziottin, gratidão pelas suas vidas.

Ao professor Wanderson Barreto, obrigada por dedicar a sua vida a ensinar, você tem um valor grandioso, no meu coração, gratidão pela sua vida.

À professora Geane, sempre com as suas brilhantes pontuações, obrigada, gratidão pela sua vida.

À professora e orientadora Jéssica Amorim, obrigada pelos seus conhecimentos e dedicação, gratidão pela sua vida.

À instituição Unicambury, que me proporcionou a oportunidade de possuir um ensino superior podendo assim expandir meus horizontes, por ter oferecido um ambiente acolhedor para que esse trabalho fosse realizado e depois adaptando em aula remota, que me trouxe muitos ensinamentos, onde pude conhecer colegas e desenvolver amizades que nunca esquecerei, irei levá-los em meu coração.

Aos meus amigos que diretamente ou indiretamente participaram da minha formação, o meu eterno agradecimento.

Aos irmãos da igreja Luz Para os Povos no Parque Santa Rita, e nossos queridos líderes espirituais, Gilmar e Jildety, gratidão pela vida de vocês.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	6
1 MÉTODO.....	7
2 SUICÍDIO NA PERSPECTIVA DA TCC.....	8
3 RESULTADOS E DISCUSSÃO	11
CONSIDERAÇÕES FINAIS	16
REFERÊNCIAS.....	17

O SUICÍDIO A PARTIR DA PERSPECTIVA DA TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL

Denize Maria de Freitas Guimarães Alves

RESUMO: O suicídio é apregoado tendo um dos elementares motivos de morte no mundo. O suicídio envolve ideação, planejamento, tentativa e suicídio. Comportamentos em comum estimulado por crenças de desesperança. Com objetivo de verificar as colaborações da terapia cognitivo-comportamental (TCC) no manejo da desesperança e de pensamentos suicidas, procurando perceber a tríade cognitiva, como compreende de maneira errada as situações vividas, constantemente tendenciando para aniquilamento, considerar estratégias da TCC para o tratamento desses pacientes. Com base na elaboração das Diretrizes Nacionais de Prevenção do suicídio o Brasil abriu possibilidades otimistas e futuras em relação à intervenção do Estado junto aos problemas de saúde pública que são enfrentados por uma determinada nação. Sendo possível com isso tanto os familiares quanto os profissionais da saúde poder ampliar as possibilidades na intervenção desse fenômeno humano.

Palavras-chave: Terapia cognitivo-comportamental. Ideação suicida. Desesperança.

ABSTRACT: *Suicide is touted as one of the most basic reasons for death in the world. The suicide comprises ideation, planning, attempt and suicide. Common behaviors stimulated by hopeless beliefs. In order to verify the collaborations of cognitive-behavioral therapy (CBT) in the management of hopelessness and suicidal thoughts, trying to understand the cognitive triad, how it misunderstands the situations experienced, constantly tending towards annihilation, consider CBT strategies for treatment of these patients. Based on the elaboration of the National Guidelines for the Prevention of Suicide, Brazil opened up optimistic and future possibilities in relation to State intervention in relation to public health problems that are faced by a given nation. With this, it is possible for both family members and health professionals to expand the possibilities in the intervention of this human phenomenon.*

Keywords: *Cognitive-behavioral therapy. Suicidal ideation. Hopelessness.*

INTRODUÇÃO

Tendo em vista o aumento do suicídio no Brasil e no mundo, observa-se a importância da reflexão acerca do tema que visa aumentar as discussões e estratégias interventivas para diminuição destes atos, no qual, estão entre os mais desafiadores pacientes para serem tratados nos últimos tempos.

É importante lembrar que, ao longo dos anos, algumas estratégias na área da saúde foram adotadas no Brasil, com o objetivo de prevenir o suicídio, após os anos 2000. Através de projeções manuais direcionados para profissionais da saúde mental, mídia, atenção básica, conselheiros e educação devido o lançamento pelo Ministério da Saúde, seguindo inclusive os direcionamentos da Organização Mundial da Saúde (OMS) sendo capaz de elaborar políticas de prevenção ao suicídio.

A prevenção do suicídio deve ser indicada no caso de grupos populacionais com altíssimo risco de suicídio. É por isso que dar especial atenção a

peças que tentaram se matar é uma das principais estratégias em prevenção do suicídio. Apesar disso, sabemos que, nos serviços de emergência, os casos de tentativa raramente recebem atendimento cuidadoso em termos de saúde mental e sequer são encaminhados para um serviço especial nessa área. (BOTEGA, 2015, p.260).

O interesse de entender o comportamento suicida, sendo manifesto na ideação e tentativas de suicídio, torna estas disfunções mais desafiadoras, portanto há perspectivas que indicam que tal comportamento engloba questões biológicas, ambientais, psicológicas e sociais. Por consequência, há impacto nos serviços das famílias, escolas, saúde, e comunidades em que os indivíduos estão inseridos, exigindo políticas públicas eficazes para a prevenção do suicídio no país.

Na Psicologia, existem várias linhas de pensamento que discutem acerca das causas e do tratamento para o comportamento suicida. A psicologia como ciência, tem várias abordagens que tem apresentado resultados satisfatórios no tratamento de pacientes com ideação suicida e ou tentativa suicida. Neste estudo, entretanto, busca-se compreender a temática do suicídio a partir da perspectiva da Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC), e para isto, buscaremos elucidar as condições em que se encontra os pacientes suicidas em relação à sua saúde mental; apresentar as principais estratégias da Terapia Cognitivo- Comportamental; e refletir sobre as condições emocionais dos profissionais que trabalham com pacientes suicidas.

1 MÉTODO

Trata-se de um trabalho de conclusão de curso em Psicologia, com metodologia adotada com o tema: O suicídio a partir da perspectiva cognitivo comportamental. Para tanto, este estudo foi conduzido por meio de uma pesquisa bibliográfica, a partir de um levantamento de dados, com foco em materiais já produzidos, especialmente em livros. Tal metodologia tem como principal vantagem permitir ao investigador diferentes fontes de informações, garantindo assim acesso à uma diversidade de materiais sobre o tema e permitindo novas análises sobre o mesmo. Além dos livros analisados, buscas em bases de dados também foram realizadas com o intuito de aprofundar a discussão proposta.

2 SUICÍDIO NA PERSPECTIVA DA TCC

Botega (2015) cita em seu livro, com base na psicologia cognitiva, que a partir da década 1970 Aaron Beck com seus grupos de pesquisadores apresentaram uma sucessão de construtos, e de escalas psicométricas referente ao comportamento suicida. Devido à probabilidade de suicídio relacionada o mais elevado quanto mais acentuado o sentimento de desesperança, percebe que a desesperança passou a ser ciente como um apontamento cognitivo de expectativas negativas com relação no futuro, mais oportuno que o humor depressivo em si mesmo no paciente.

Considera-se que a TCC é uma abordagem com estrutura, diretiva, ativa, e focada que tem eficiência no tratamento em variados transtornos psiquiátricos. (BECK, 1997). Obstante essa abordagem ao pressuposto de dedicação e o comportamento de uma pessoa pode ser influenciado pela forma como percebe o mundo, esse modelo cognitivo distingue o processamento cognitivo como a avaliação que a pessoa faz interiormente dos acontecimentos, de que modo o ambiente envolve. Nesse sentido, as cognições podem ser ajustadas pela relação com as reações emocionais. Já pressuposto é o que não são os eventos em si, mas como a interpretação que faz dos eventos podendo trazer inferências emocionais para as pessoas, também as ocorrências que ocorrem, as pessoas podem interpretar e reagir com aprovação com essa adesão, diversas vezes, especificamente as interpretações podem estar sendo distorcidas em relação à realidade do paciente, podendo estimular comportamentos disfuncionais.

Considera-se por pensamentos automáticos as cognições que acontece de forma imediato quando há avaliação de explicação de evento. Os métodos são conhecidos como crenças nucleares que agem como preceito para a sequência de informações, introduz a se designar na infância e são levados pelas vivências de vida, porém é um preceito valioso sendo capaz de trazer elevar-se a regras básicas pedindo o paciente a voltar no tempo para poder lembrar quais influências tiveram podendo ter promovido o desenvolvimento das crenças, sejam elas adaptativas ou desadaptativas. (WRIGHT et al., 2019).

A terapia cognitiva para pacientes suicidas tem como princípio basear-se em um esquema que abrange a teoria cognitiva geral. Reconhecemos que a categoria dos “pacientes suicidas” não é homogênea e que existem muitos fenótipos diferentes de pacientes que engajaram em atos suicidas. Alguns suicidologistas, por

exemplo, tem argumentado que existem pelo menos duas classes de pacientes suicidas – aqueles 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 de regular o humor e o comportamento impulsivo, ou que fazem sua tentativa para comunicar algo aos outros (WENZEL; BROWN; BECK, 2010).

Reconhecemos que a impulsividade não é um fator de vulnerabilidade para todos os pacientes suicidas (WENZEL; BROWN; BECK, 2010), pois alguns que tentam o suicídio não são pessoas particularmente impulsivas, e seu ato suicida é cuidadosamente planejado e executado. Pode ser viável que a impulsividade ou vontade própria esteja mais relacionada nas condutas suicidas que são acompanhados pela percepção de obstinado, ou da vontade de comunicar alguma coisa aos outros por meio da tentativa, e não a desesperança ou sendo uma forte intenção de morrer. Ou seja, a impulsividade ou vontade própria pode aumentar a chance de acontecer atos suicidas apenas quando esquemas de suicídios descritos pelas percepções de inflexibilidade podem ser ativados.

Wenzel, Brown e Beck (2010), através dos resultados dos estudos empíricos apresentaram que a impulsividade pode promover negativamente com a desesperança devido aqueles que fazem tentativas impulsivas como tentativas que tiveram como alvo por menos de cinco minutos podendo ser menos deprimido com aqueles que realizam tentativas não impulsivas. Esses achados sugerem que a desesperança é menos importante na explicação dos atos suicidas em indivíduos impulsivos, em comparação com os indivíduos não impulsivos.

Verifica-se assim que a condição de um suicida com desesperança é aquela que pode ser estimulado a qualquer oportunidade, em uma oportunidade que precede à tentativa de suicídio. Já o indício da especificidade pode ser compreendido como perspectivas desfavorável para o futuro, acreditando-se que, com que intensidade avançar o traço, abaixo o número de contrariedade poderá ser imprescindível para que aconteça uma crise suicida ou a experiência de um estado de desesperança. Dessa forma, conforme Wenzel, Brown e Beck (2010) interpreta-se que, quando um traço de desesperança é ativado, resta uma relação com estressores ambientais, na finalidade de aguçar essa circunstância de desesperança. Assim, quanto mais ativo é o estado da desesperança, maior poderá ser a agremiação com ideação suicida no paciente.

Com isso, o tratamento do comportamento suicida na ótica cognitivo-comportamental busca modificar pensamentos, trabalhar as crenças disfuncionais e avaliar os aspectos cognitivos que causam prejuízo psicológico, essas intervenções são de caráter educativo e preventivo, podendo ser usadas em contextos clínicos, situação de crise ou em conjunto com tratamento medicamentoso (WRIGHT et al., 2012; WENZEL; BROWN; BECK, 2018).

Para tanto, encaminhar o paciente em exposição ao modelo cognitivo, discorrer a conceituação cognitiva, abrangendo as experiências de suicídio e organizar a lista de problemas e o propósito para o tratamento são andamentos relevantes para a aplicabilidade do tratamento em seu estágio primário. Além disso, os pacientes devem ser encorajados a reconhecer suas capacidades de influenciar os acontecimentos da sua vida. A crença de que o suicídio é uma solução viável deve ser contestada diretamente e um dos objetivos é aumentar o senso de controle e efetividade pessoal do paciente conforme Ruviaro, Corrêa e Silveira (2019 apud DATTILIO; FREEMAN, 2004).

A TCC apesar de ser uma das mais recentes áreas da psicologia, vem se destacando desde a década de 1950, na diversidade de pesquisas e aplicações de técnicas práticas, e obtendo resultados significativos no âmbito cognitivo e comportamental, trazendo uma melhor funcionalidade nesses aspectos, levando o terapeuta a uma investigação mais assertiva diante de cada situação em específico, que é o seu principal enfoque de atuação conforme bem levantado por Assunção e Silva (2019 apud WRIGHT; BASCO; THASE, 2008).

Em relação à aplicabilidade do recurso terapêutico da TCC para pacientes com manifestações depressivas que controlam a incisão de suicídio, um terapeuta com características ativas e assertivas, que se disponha no tratamento e haja um plano de ação é um sinal importante para ocasionar modificação nas cognições, nas emoções e nos comportamentos do paciente, a finalidade de ter uma aliança terapêutica combinada pode auxiliar para a diminuição da desesperança diante dos pensamentos suicidas. (SUDAK, 2012). Que pensamentos suicidas o paciente tem? Quais são as causas de risco para o suicídio do paciente? O objetivo das perguntas é indicador na avaliação de risco de suicídio. Os terapeutas precisam determinar a intensidade, a frequência e a mutualidade dos pensamentos e planos suicidas. Além disso, os terapeutas devem considerar os fatores de risco do suicídio, como desesperança, idade, sexo, etnia, história de tentativas anteriores, letalidade dos

planos suicidas se presentes, abuso de substâncias, psicose e história familiar de suicídio. (THASE, 2012).

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Na intervenção de pacientes suicidas com relatos depressivos, o terapeuta com peculiaridades assertivas e ativas, considera que a intervenção tem um propósito de ação. Esse ponto é considerável para construir a modificação nas cognições, nas emoções e nos comportamentos do paciente. Uma combinação terapêutica pode ocorrer para a diminuição da desesperança e dos pensamentos suicidas (SUDAK, 2012).

Já é bem estabelecido que a terapia cognitiva reduz a depressão e a ideação suicida tão bem quanto a farmacoterapia e reduz significativamente a probabilidade de recaídas. Que efeito isso tem na taxa de suicídios permanece por ser visto. Em nosso recente trabalho com indivíduos que haviam recentemente tentado o suicídio, planejamos uma intervenção de 10 sessões em pacientes ambulatoriais para servir a dois propósitos: a) focar a terapia primeiramente na ideação suicida e proporcionar ao paciente estratégia para lidar com crises suicidas e b) estruturar a terapia de modo que ela possa ser administrada em um número relativamente breve de sessões comparando-se com a duração do tratamento geralmente disponível em centros de saúde mental (WENZEL, 2010, p.15).

No início da terapia e em boa parte das vezes o paciente nem sabe dizer com clareza quais áreas, contextos ou circunstâncias na sua vida gera aquele incômodo existente. As pessoas geralmente buscam terapia quando não se sentem bem com um ou mais aspectos de sua vida ou rotina, quando estão constantemente tristes, angustiados, ansiosos, frustrados, irritados ou desanimados, mesmo sem saber ao certo o que é. Assim, ao contrário os relatos de atribuição frequentemente confusos e desorganizados sobre seus problemas trazidos nas primeiras sessões, os sentimentos são um ponto de partida mais seguro para identificação e estabelecimento dos objetivos terapêuticos. (SILVA; BRAVIN, 2018).

Nesse sentido o homem passa a agir e pensar com consciência, sendo esse o mais rico conhecimento que se poderia ter. Com essa revolução, Sócrates estava fazendo um convite à racionalidade moral e a tomada da consciência, estimulando a capacidade de olhar para as coisas, para os outros e para si mesmo. Com o passar do tempo foram surgindo novas apreensões sobre o “autoconhecimento”. [...] De modo semelhante aos pensamentos Socráticos, o conhecimento de si está relacionado com a percepção de si mesmo. Entretanto essa definição mantém como centro

das explicações o ser humano, fazendo-o refletir sobre suas próprias ações, sua inclinação e seu sentimento. Dito de outra maneira, o termo sugere que a pessoa, por ela mesma, conheça as razões do seu modo de agir, sentir, etc. (SILVA; BRAVIN, 2018, p. 64).

Leahy (2019) diz que encontrar um sentido ou uma definição de acontecimentos pode desatar ainda mais a depressão, portanto é essencial que o terapeuta valorize a dor emocional na situação atual, mas também evidenciar os valores e desejos escondidos nas respostas dos pacientes podendo apontar para pontos fortes em potencial. Cada valor pode ser uma força motivadora em sua vida. Podendo desencadear sentimentos que estão envolvidos em suas dificuldades cognitivas e podem prever sua emoção futura com base na emoção atual.

É muito importante entender que a terapia cognitiva não tem como objetivo evidenciar o pensamento positivo, o terapeuta não é um líder de torcida pelo otimismo. Ao examinar as evidências do paciente em favor ou contra suas crenças pensando assim nas implicações pragmáticas das variadas formas de encarar as coisas, esclarece Wright (2019), as emoções contêm pensamentos, e focar nelas é como abrir uma pasta de arquivo com uma profusão de informações importantes. Alguns pacientes temem que tenha acesso as suas emoções que irá inundá-los de pensamentos negativos que os afogarão. O terapeuta pode identificar as respostas do paciente como uma crença sobre perigo e controle das emoções e crenças sobre emoções boas e ruins, ou seja, esquemas emocionais.

Durante o curso do tratamento, os pacientes são incentivados a usar tarefas de casa para praticar essas habilidades, à medida que adquirem maior confiança no uso dos métodos da TCC que mais ajudam a lidar com os sintomas, com atitudes e crenças mais funcionais em relação a enfrentar a adversidade, ou seja, ser capaz de lidar com os problemas da vida e quando necessário, conseguir adaptar e improvisar novas soluções não apenas promover uma maior autonomia, mas também ajudar aos outros. O terapeuta eficaz molda e reforça tais atitudes, crenças e comportamentos e é capaz de transmitir ao paciente a noção de que, em última análise, não é a pessoa que está fornecendo a terapia é o agente primário da mudança. (WRIGHT; SUDAK; THASE, 2012).

De certo modo, se ouvimos e aprendemos com aqueles a quem ajudamos, teremos uma terapia que faça mais sentido para outros pacientes necessitados. Pois, a terapia não é uma empreitada abstrata e teórica, ela é vivenciada em tempo real, com pessoas reais, lidando com problemas reais. Portanto, enfatizar mudanças

para engajar o paciente na busca de alternativas pode ser um antídoto principal para o desamparo e a falta de esperança. É muito importante que por trás de qualquer manejo, ou técnica deve haver uma pessoa genuína que se importa, que tenha compaixão por quem está sofrendo, talvez essa seja a melhor técnica, podemos chamar de compaixão (LEAHY, 2019).

Caballo (2019) diz ser muito importante o paciente reconhecer quando há um aumento de tensão em seu corpo, concentrar-se na correção, educação e podendo assim ter alinhamento desses pensamentos deturpados cognitivos, com os pensamentos corretos tem grande potencial para aumentar esse poder de enfrentamento percebido conforme a realidade da vivência de cada paciente. Característica das crises na vida é a percepção que o paciente sofre do que as circunstâncias foram ou são incontroláveis. Junto com a falta de controle percebida, as circunstâncias traumáticas em geral têm consequências irreversíveis, ou reversíveis.

Os impulsos e fissuras podem ser angustiantes quando não podemos ou não devemos satisfazê-los, em vez disso é importante tolerá-lo. Às vezes as fissuras parecem irresistíveis, mas não o são. O fato é que as fissuras e os impulsos passam com o tempo. Assim como as ondas, eles atingem seu pico de intensidade e então decaem. Se pensarmos neles dessa forma, podemos simplesmente navegar ou surfar a onda do impulso até a praia. Quando estiver tendo o impulso traga-o para sua consciência e observe-o sem julgamento. Não tente afastá-lo ou bloqueá-lo. É importante estar ciente de que os impulsos são limitados no tempo. Eles são como ondas, atingem um pico de intensidade e então retrocedem. Em vez de ser atingido pela onda, imagine-se surfando sobre ela. Não lute ou resista a ela. Abandone a tensão no seu corpo e respire. Simplesmente deixe passar. (LEAHY; TIRCH; NAPOLITANO, 2013).

Todos nós vivenciamos emoções de vários tipos, o verdadeiro problema não é sentir ansiedade, e sim nossa capacidade de reconhecê-la, aceitá-la, usá-la quando possível e continuar a funcionar apesar dela. Sem emoções, nossas vidas não teriam significados, textura, riqueza, contentamento e conexão com outras pessoas. As emoções nos lembram de nossas necessidades, nossas frustrações e do saber o quando estamos satisfeitos. Ainda assim, há muitas pessoas que se sentem sobrecarregadas por suas emoções, temerosas dos sentimentos e

incapazes de lidar mais efetivamente com as emoções. (LEAHY; TIRCH; NAPOLITANO, 2013).

O tratamento pode ter seus objetivos na fase inicial do processo, como os seguintes passos;

a) obter um consentimento informado e socializar os pacientes na estrutura e processo da terapia cognitiva; b) engajar os pacientes no tratamento; c) conduzir uma avaliação de risco ao suicídio; d) desenvolver um plano de segurança; e) transmitir um senso de esperança; f) fazer com que os pacientes proporcionem uma descrição narrativa dos eventos que ocorreram durante a crise suicida recente (WENZEL; BROWN, BECK, 2010, p.113).

Os clínicos que trabalham com pacientes suicidas devem ser capazes de estabelecer empatia com as experiências de seus pacientes enquanto focam na resolução de problemas e as habilidades de gerenciamento do suicídio. Além disso, os clínicos modelam esperança em todo o momento, mesmo quando uma solução ao problema presente não é imediatamente aparente, vale ressaltar a importância da confidencialidade, os pacientes devem saber que a informação é mantida em confidencial, exceto sob circunstâncias específicas, conforme indicado pela lei local, quando houver perigo eminente para si mesmo e para os outros. Nessas circunstâncias, a lei pode ser rompida. (WENZEL; BROWN; BECK, 2010).

Na terapia cognitiva, para prevenir futuros atos suicidas em pacientes que já tiveram alguma crise suicida, é fundamental o uso de estratégias que engajem os pacientes no tratamento, dado o seu próprio histórico de tratamentos. Um rapport com os pacientes pode ser realizado usando-se muitas habilidades da terapia cognitiva, incluindo: a) demonstrar uma compreensão da realidade interna dos pacientes e demonstrar empatia com suas experiências; b) colaborar com os pacientes o tanto quanto possível para que o clínico e paciente possam funcionar como uma equipe; c) solicitar o *feedback* dos pacientes e respondê-lo ao longo da sessão; e d) demonstrar níveis ótimos de calorosidade, genuinidade, preocupação, confiança e profissionalismo. (WENZEL; BROWN; BECK, 2010).

Se faltares competência aos clínicos no trabalho com pessoas de uma cultura, etnicidade ou orientação sexual em particular, é responsabilidade do clínico adquirir esse conhecimento por meio de leitura, experiência clínica e consulta com pares ou supervisores. As barreiras cognitivas podem ser particularmente desafiadoras de serem superadas, mas também oferecem a oportunidade de modelar a aplicação de estratégias cognitivas. Quando estiver claro que as crenças negativas dos pacientes irão interferir na conformidade ou no comparecimento a

terapia, os clínicos podem utilizar questionamento socrático para ajudar os pacientes a avaliarem o grau no qual suas crenças são realistas podem trabalhar colaborativamente para desenvolver um plano específico para abordar momentos em que os pacientes não comparecem as sessões. (WENZEL; BROWN; BECK, 2010).

Os profissionais da saúde mental tratam os grupos heterogêneos de pessoas nem sempre pelos os que elas têm (doenças), mas pelo que elas sentem ou fazem (comportamentos). Qualquer comportamento em que as capacidades de controle e de escolha se encontrem afetadas e contrariem a adaptação pode ser considerado anormal e ser objeto de atenção clínica. O suicídio é um comportamento em que a escolha pessoal e as influências sociais estão enredadas (WENZEL; BROWN; BECK, 2010).

São mais sensíveis a estímulos que sinalizam fracassos e rejeições, constroem distorções cognitivas no sentido de se sentirem frequentemente enganadas, sem escapatória, e não conseguem antecipar cenários positivos. Apresentam maior dificuldade na resolução de problemas interpessoais, com rigidez cognitiva e pensamento. Considera-se imprescindível definir quantos pacientes em crise suicida o clínico atende, porém o melhor seria não exceder dois ou três pacientes (BOTEGA, 2015).

Uma situação difícil é pensarmos quanto a situações complexas do paciente com ideação suicida, e ou na tentativa de suicídio, e agora vamos substituir para o outro lado. Como o terapeuta fica com as suas emoções? Será que os terapeutas têm esse acompanhamento?

Não obstante, nossa experiência nos ensinou que cada crise suicida difere em algum grau e que nenhuma regra de ouro irá guiar precisamente o clínico na tomada de decisões sobre riscos eminentes. Portanto encorajamos os clínicos a, se possível, consultarem seus colegas durante crises e documentarem as decisões tomadas como um resultado dessas consultas. Além disso, a despeito de quão preparados estiverem os clínicos que trabalham com pacientes de alto risco para o suicídio, eles podem experimentar uma tremenda quantidade de pesar, culpa, raiva e medo das consequências do infeliz evento de um paciente realmente ocorrer. (WENZEL; BROWN, BECK, 2010, p.196).

No que se refere pela experiência com supervisão pelos pares pode ser um meio elevado efetivo ao abordar a raiva, medo, e a desesperança que pode emergir durante o trabalho com pacientes suicidas, certamente a supervisão por pares pode proporcionar a oportunidade para outros profissionais corroborar o leque das

emoções que o clínico pode estar sentindo em relação com seu paciente ao mesmo tempo para uma utilização de estratégias cognitivas que ajudam o clínico a obter a perspectiva levando em conta informações que ele pode estar ignorando.

Muitos clínicos indicam que a supervisão pelos pares cria um ambiente de trabalho em equipe e reforça a noção de que eles são parte de uma comunidade de profissionais da saúde que compartilha os mesmos objetivos. Considera-se que os clínicos deixam as sessões de supervisão por pares sentindo-se renovados, reconectados e equipados para abordar as dificuldades de seus pacientes suicidas em seu rol de casos. (WENZEL; BROWN; BECK, 2010).

Em geral, lutamos pela vida e pensamos na morte de forma genérica e abstrata, como algo distante. O paciente suicida é ameaçador, fere devoções e expectativas. Ao trazer a morte para mais perto, ele desafia subterfúgios existenciais de quem o atende. Por isso vários mecanismos de defesa psicológica são ativados e se combinam com a finalidade de evitar a percepção desse drama humano e proteger-nos. Aí entra os preconceitos, as crenças, a repulsa automática que o respeito é importante nesse momento, do que deve permanecer fora da nossa responsabilidade profissional. (BOTEGA, 2015).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho possui como objetivo investigar a temática do suicídio a partir da perspectiva da terapia cognitivo-comportamental. Tal trabalho permitiu compreender que é importante ter o manejo no comportamento suicida, sendo um comportamento com resolutivo multifatoriais e apuração de diversos fatores. As pesquisas mencionam a eficácia da TCC em pacientes com ideação suicida, verifica que é um campo que precisa ser trabalhado para que os profissionais possam ter mais rudimento em suas atuações. As pesquisas referidas nesse trabalho indicam diferentes técnicas e estratégias para prevenir o suicídio, como o estímulo de esperança, tornar melhor a rede social de apoio, atividades prazerosas, a reestruturação cognitiva, resolução de problemas, treinar habilidades sociais, planos de segurança, controlar os impulsos, sendo que existem técnicas cognitivas e comportamentais, onde os psicólogos podem fazer uso quando necessário, contribuindo para a diminuição de riscos de suicídios, como outras comorbidades.

Portanto, precisamos estudar e buscar compreender melhor esse fenômeno, estar preparados para a demanda clínica. Precisamos observar que existem dados que comprovam que a ideação suicida pode ser eliminada com intervenções corretas, o presente trabalho pode ser útil como base para começarmos a compreender melhor esse fenômeno. Mais pesquisas precisam ser realizadas para investigar mais a fundo esse cenário sombrio. Esperamos que o presente trabalho seja útil aos profissionais de psicologia e todos aqueles que interessam aprimorar nesse assunto tão atual e ao mesmo tempo urgente. Por meio de estratégias, técnicas, estudos selecionados, esperamos que os resultados dessa pesquisa bibliográfica sirvam como modelo de intervenção.

Assim, a pesquisa cumpriu com os objetivos ao identificar as contribuições por meio da terapia cognitivo- comportamental para prevenir o suicídio em pacientes, podendo ter eficácia da TCC nesse sentido. Considerando a ampla gama de variáveis e suas influências sobre o comportamento e ideação suicida, mas pode-se reduzir os riscos a partir do conhecimento dos próprios fatores de risco. Neste sentido, pesquisas futuras podem beneficiar a todos ao abordar fatores de riscos relacionados, por exemplo, quais resultados a pandemia trouxe para a população de um modo geral.

Considerando que o comportamento suicida é um fenômeno que expressa uma dor psíquica intolerável e que muitas vezes serve como uma maneira de comunicar ou cessar, se for o caso do ato efetuado, essa dor, torna-se importante que os psicólogos e demais profissionais da saúde estejam atentos a essas demandas, realizando os devidos encaminhamentos quando necessário, realizar a adequada comunicação aos familiares, dentro das considerações éticas do psicólogo. Sabe-se que o tratamento com abordagem cognitivo- comportamental demonstra ser eficaz na redução da taxa de suicídio.

REFERÊNCIAS

ASSUNÇÃO, Wildson C.; SILVA, Jeann B. F. et al. Depressão e Suicídio sob a Perspectiva da Psicologia Cognitivo-Comportamental. **Revista Saúde em Foco**, Teresina, v. 6, n. 1, art. 6, p. 85-102, jan./jun.2019.

BECK, Judith. S. **Terapia cognitiva: teoria e prática**. Porto Alegre: Artmed, 1997.

BOTEGA, José N. Comportamento suicida: epidemiologia. **Psicologia USP**, v.25, n. 3, p. 231-36, 2014.

BOTEGA, José N. **Crise suicida**. Porto Alegre: Artmed, 2015.

BOTEGA, José N.; WERLANG, B. S. G. Avaliação e manejo do paciente. IN: WERLANG, B. G.; BOTEGA, N. J. (Org.). **Comportamento suicida**. Porto Alegre: Artmed, 2004. p. 123-140.

BOTEGA, José N.; WERLANG, Blanca S. G.; CAIS, Carlos F. S.; MACEDO, Mônica M. K. Prevenção do comportamento suicida. **Revista Psico**, v. 37, n. 3, p. 213-220, set./dez. 2006.

BRASIL – Ministério da Saúde. Informações de Saúde – Estatísticas Vitais. **Sistema de Informações sobre mortalidade/MS/ SUS/DASIS**. [On line]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br>. Acesso em: 15 jan. 2021.

HENRIKSSON, S.; ISACSSON, G. Aumentado uso de antidepressivos e menos suicídios no condado de Jamtland, Suécia, após um programa educacional de atenção primária sobre o tratamento de depressão. **Acta Psychiatr Scand**, v.114, n. 3, p.159-167, 2006.

LEAHY, Robert L. **Técnicas de terapia cognitiva: manual do terapeuta**. Porto Alegre: Artmed, 2019.

LEAHY, Robert L.; TIRCH, DENNIS; NAPOLITANO, Lisa A. **Regulação emocional em psicoterapia: um guia para terapeuta cognitivo-comportamental**. Porto Alegre: Artmed, 2013.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico: Suicídio. **Saber, agir e prevenir**, v.40, n. 38, 2017.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Para quais estratégias da prevenção do suicídio há evidências de eficácia**. Escritório Regional da Rede Europeia de Evidências de saúde (HEN), p.1-19. 2004.

RUVIARO, Nathália; CORRÊA, Andriza Saraiva; SILVEIRA Katia Simone da Silva. Etiologia e manejo do comportamento suicida: a perspectiva da terapia cognitivo-comportamental. **Disciplinarum Scientia**. Série: Ciências da Saúde, Santa Maria, v. 20, n. 2, p. 377-390, 2019.

SILVA, Katrine Souza; BRAVIN, André Amaral. O mundo encoberto de cada um: técnicas que auxiliam o autoconhecimento. In: FARIAS, Ana Karine C. R. de; FONSECA, Flávia Nunes; NERY, Lorena Bezerra. **Teoria e formulação de casos em análise comportamental clínica**. Porto Alegre: Artmed, 2018.

WENZEL, A.; BROWN, G. K.; BECK, A. T. **Terapia cognitivo-comportamental para pacientes suicidas**. Porto Alegre: Artmed, 2010.

WERLANG, B. G.; MACEDO, M. M.; KRUGER, L. L. Perspectiva Psicológica. In: BOTEGA, N.; WERLANG, B. S. G. (Org.). **Comportamento suicida**. Porto Alegre: Artmed. 2004. p. 45-58.

WRIGHT, Jesse H. et al. **Terapia cognitivo-comportamental de alto rendimento para sessões breves**: guia ilustrado. Porto Alegre: Artmed, 2012.

WRIGHT, Jesse H.; BROWN, Gregory K.; THASE, Michael E. et al. **Aprendendo a terapia cognitivo-comportamental**: um guia ilustrado. Porto Alegre: Artmed, 2019.