



Centro de Estudos em Terapia
Cognitivo-Comportamental

**CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM TERAPIA
COGNITIVO-COMPORTAMENTAL**

CARLA DE LIMA SETZ

PREVENÇÃO DO COMPORTAMENTO SUICIDA

São Paulo

2016

CARLA DE LIMA SETZ

PREVENÇÃO DO COMPORTAMENTO SUICIDA

Trabalho de conclusão de curso Lato Sensu

Área de concentração: Terapia Cognitivo-Comportamental

Orientadora: Profa. Dra. Renata Trigueirinho Alarcon

Coorientadora: Profa. Msc. Eliana Melcher Martins

São Paulo

2016

Carla de Lima Setz

Prevenção do comportamento suicida

Monografia apresentada ao Centro de Estudos em
Terapia Cognitivo-Comportamental como parte das
exigências para obtenção do título de Especialista
em Terapia Cognitivo-Comportamental.

BANCA EXAMINADORA

Parecer: _____

Profa. _____

Parecer: _____

Profa. _____

São Paulo, ____ de _____ de _____

“Existe apenas um único problema filosófico realmente sério: o suicídio. Julgar se a vida vale ou não a pena ser vivida significa responder à questão fundamental da filosofia”.

Albert Camus.

Dedico este trabalho a A. L. A da P. *in memoriam* por ter me inspirado a buscar a compreensão deste tema tão delicado.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente agradeço a Deus por ter me dado forças para conseguir realizar este trabalho.

A Eliana e ao Élcio, pela oportunidade, incentivo, confiança e todos os ensinamentos compartilhados dentro e fora do curso.

A minha orientadora, Renata pela paciência e dedicação.

Aos demais professores que passaram pelo curso e compartilharam todos os seus conhecimentos.

Aos colegas pela troca de aprendizados e companheirismo.

Ao meu namorado Claudio que sempre esteve ao meu lado, acreditando e incentivando todos os meus passos para a realização de mais este trabalho.

A minha madrinha Ana Alice e meu tio Carlos que sempre me incentivaram nos estudos.

RESUMO

O suicídio é um problema de saúde pública, sendo considerada uma das principais causas de morte no mundo. O comportamento suicida envolve ideação, planejamento, tentativa e suicídio propriamente dito, comportamentos em geral motivados entre outros fatores por pensamentos disfuncionais. Esta pesquisa teve como objetivo identificar as principais cognições relacionadas ao comportamento suicida e prevenir comportamentos disfuncionais através das técnicas da abordagem cognitivo-comportamental para o suicídio. Para isso, foi realizada uma revisão bibliográfica, integrando pesquisas, preferencialmente nacionais sobre o tema. Como principal referencial teórico destacam-se os autores Wenzel, Brown e Beck. Seus resultados mostram que os principais preditores de suicídio são: tentativa prévia e transtorno mental, estes ainda associados a desesperança são de alto risco para o comportamento suicida. As intervenções focalizam a relação empática do terapeuta e utilizam estratégias como psicoeducação, resolução de problemas, detecção e correção de pensamentos disfuncionais, estratégias de controle de impulsos e busca de apoio social. Muitas vezes, é fundamental a intervenção de outros profissionais da saúde como médico psiquiatra. Considerando a gravidade e a complexidade do comportamento suicida, é fundamental que profissionais da saúde mental conheçam estratégias úteis e eficazes como as propostas pela TCC para um manejo eficiente do problema.

Palavras-chave: Suicídio, Prevenção, Terapia Cognitivo- Comportamental

ABSTRACT

Suicide is a public health problem and is one of the leading causes of death worldwide. Suicidal behavior involves ideation, planning, and suicide attempt itself, behaviors generally driven among other factors by dysfunctional thoughts. This research aims to identify the main cognitions related to suicidal behavior and prevent dysfunctional behaviors through the techniques of cognitive-behavioral approach to suicide. For this, a literature review was conducted, integrating research, preferably on the national theme. As the main theoretical framework highlights are the authors Wenzel, Brown and Beck. Their results show that the main predictors of suicide are: previous trial and mental disorder, they still associated with hopelessness are at high risk for suicidal behavior. Interventions focus on empathic relationship therapist and use strategies such as psychoeducation, problem solving, detection and correction of dysfunctional thoughts, impulse control strategies and seeking social support. Often, the intervention of other health professionals is key as psychiatrist. Considering the seriousness and complexity of suicidal behavior, it is essential that mental health professionals know useful and effective strategies as proposed by TCC for efficient handling of the problem.

Keywords: Suicide, Prevention, Therapy Cognitive-Behavioral

SUMÁRIO

FOLHA DE ROSTO

FOLHA DE APROVAÇÃO

DEDICATÓRIA

AGRADECIMENTOS

RESUMO

ABSTRACT

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	09
2 OBJETIVO	12
3 METODOLOGIA	13
4 RESULTADOS.....	14
5 DISCUSSÃO	33
6 CONCLUSÃO	34
REFERÊNCIAS.....	35
ANEXO – TERMO DE RESPONSABILIDADE AUTORAL	38

1 INTRODUÇÃO

“O suicídio é um grande problema de saúde pública. Todos os anos são registrados cerca de dez mil suicídios no Brasil e mais de um milhão em todo o mundo” (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA, ABP; CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, CFM, 2014).

Crosby (2007, *apud* BECK, 2010, p. 21), define suicídio por “morte causada por comportamento danoso auto infligido com qualquer intenção de morrer como resultado desse comportamento”. Além do suicídio propriamente dito, temos a “tentativa de suicídio que compreende um comportamento não fatal auto infligido, danoso, com qualquer intenção de morrer e a ideação suicida caracterizada por pensamentos, imagens, crenças, vozes ou outras cognições sobre terminar com a própria vida.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (2002), 9 em cada 10 casos de suicídio poderiam ser prevenidos. Para tanto, é importante que, entre outras medidas, os profissionais de saúde, estejam familiarizados aos fatores de risco presentes. No Brasil, os idealizadores da campanha nacional - o Centro de Valorização da Vida (CVV), o Conselho Federal de Medicina (CFM) e a Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP) - informam que 32 brasileiros morrem por dia por este motivo, taxa superior às vítimas da AIDS e da maioria dos tipos de câncer. Ainda segundo a OMS (2002), se a prevenção não passar a ser encarada seriamente, esta fatalidade pode chegar a 1,5 milhão em 2020 e de 10 a 20 vezes em termos de tentativas.

“O estigma em torno dos transtornos mentais e suicídio faz com que muitas pessoas que estão pensando em tirar suas próprias vidas ou que já tentaram suicídio não procurem ajuda e, por isso, não recebam o auxílio que necessitam” (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE/ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE *APUD* NAÇÕES UNIDAS NO BRASIL, 2016).

“A prevenção não tem sido tratada de forma adequada devido à falta de consciência do suicídio como um grave problema de saúde pública. Em diversas sociedades, o tema é um tabu e, por isso, não é discutido abertamente”, salientou (OPAS/OMS, 2016).

Apenas alguns países incluíram a prevenção ao suicídio entre suas prioridades de saúde e só 28 países relatam possuir uma estratégia nacional para isso. Sensibilizar a comunidade e quebrar o tabu são ações importantes para alcançar progressos na prevenção (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2016).

Quando sabemos que alguém se suicidou, a primeira pergunta que nos vem à cabeça é “por quê”? Normalmente, a resposta é vazia. Vazia no sentido em que não ameniza nossa dificuldade em compreender que alguém desistiu da própria vida. Na verdade, muito já foi pesquisado sobre o assunto e a principal conclusão é que em mais de 90% dos pacientes que cometeram suicídio foram diagnosticados com um ou mais transtornos psiquiátricos (BEAUTRAIS et al., 1996; BEROLOTE, FLEISCHMANN, DE LEO e WASSERMAN, 2003; SUOMINEN et al., 1996 *apud* BECK, 2010, p.35). Estima-se que, 60% desses indivíduos sofriam de depressão.

De todos os tipos de doenças psiquiátricas, a relação entre a depressão e os atos suicidas tem sido a mais extensivamente estudada (Lonnqvist, 2000 *apud* BECK, 2010, p. 35), talvez porque a ideação suicida e as tentativas de suicídio estejam implicadas no critério de diagnóstico para depressão maior.

Embora a depressão esteja no topo da lista, outras doenças psíquicas também estão associadas ao risco maior de suicídio. São elas: esquizofrenia, abuso de substâncias, perturbações da personalidade, perturbações da ansiedade, incluindo perturbação de stress pós-traumático, e comorbidades destes diagnósticos (OMS, 2006, p.5). Além das doenças citadas, devemos levar em consideração variáveis relevantes para as tentativas de suicídio que resultam de uma complexa interação de fatores biológicos, genéticos, psicológicos, sociológicos, culturais e ambientais.

Nesse sentido, o objetivo desse estudo buscou verificar estratégias de prevenção do comportamento suicida que permitam a identificação precoce e a intervenção nas situações de risco, levando em consideração a complexidade de fatores cognitivos relacionados ao suicídio e como eles restringem a atenção dos indivíduos que acreditam que tirar a própria vida fosse a sua única opção. Além de destacar fatores de risco e de proteção à ocorrência deste grave problema de saúde pública.

A premissa central da teoria cognitiva (TC) é que o significado que as pessoas atribuem a um estímulo ambiental, desempenha um papel fundamental, moldando seu humor e conseqüentemente o seu comportamento (A.T. BECK, 1967

apud BECK, 2010, p. 51). Em resumo, o modelo cognitivo propõe que o pensamento disfuncional é comum a todos os transtornos psicológicos. Quando o paciente aprende a avaliar seus pensamentos de forma mais realista, ele obtém melhora no humor e no seu comportamento (BECK J., 2013, p.23).

Indivíduos suicidas muitas vezes são caracterizados por esquemas negativos associados a diversos transtornos psiquiátricos, ex: depressão, ansiedade, abuso de substâncias, o que por sua vez, exacerba um processamento de informação defeituoso, humor negativo e comportamentos desadaptativos (BECK, 2010, p. 53).

De acordo com a teoria cognitiva, os esquemas negativos não estão continuamente ativos. Eles se formam a partir de experiências na infância, mas permanecem latentes até que a pessoa experimente um estresse significativo. “Quando as características do estressor se aproximam da natureza do esquema negativo, aumenta a probabilidade de que o esquema seja ativado” (D. A. CLARK e BECK, 1999 apud BECK, 2010, p.54).

A terapia cognitivo-comportamental (TCC) como também é conhecida, têm mostrado mais de 500 mil estudos comprovando sua eficácia em diversos transtornos psiquiátricos, psicológicos e problemas médicos com componentes psicológicos (BUTLER, CHAPMAN, FORMAN e BECK, 2005; CHAMBLESS, OLLENDICK ,2001 apud BECK J. 2013, p.24). Sendo assim, vemos esta abordagem com um papel primordial no desenvolvimento de uma estrutura cognitiva mais adaptativa que consigam diminuir a probabilidade de um indivíduo cometer suicídio.

2 OBJETIVOS

Identificar as principais crenças relacionadas ao suicídio e prevenir comportamentos suicidas, através de estratégias cognitivas focadas na modificação de pensamentos e crenças disfuncionais e outras técnicas da terapia cognitivo-comportamental.

3 METODOLOGIA

A metodologia adotada para tal estudo se deu por meio de revisão bibliográfica, a fim de levantar dados da literatura sobre o tema no período de 1967 a 2016. Os dados coletados foram analisados e discutidos no decorrer do texto.

Para realizar a coleta dos dados foram levantados os estudos sobre o tema encontrados nas bases de dados Scielo, Bireme, Periodicos Capes, Google Acadêmico, demais documentos eletrônicos e outros documentos (livros, revistas especializadas) que tratam do tema suicídio. Descritores: suicídio, terapia cognitivo-comportamental, prevenção, tratamento do suicídio, transtornos mentais.

Como referencial teórico para elaborar a revisão sobre o tema em pauta, também foram adotadas as obras de Wenzel, Brown e Beck (Terapia cognitivo - comportamental para pacientes suicidas); Judith Beck (Terapia Cognitivo-Comportamental); Cunha (Manual da versão em português das Escalas de Beck).

Os critérios de seleção e inclusão para a revisão bibliográfica foram definidos como:

a) base para inclusão: documentos analisados e publicados em diversas fontes: livros, artigos, anais de congressos, meio eletrônicos; estudos abrangendo os transtornos mais comuns que levam ao suicídio como depressão, transtorno bipolar, alcoolismo e abuso/dependência de outras drogas, transtornos de personalidade, esquizofrenia, e outros fatores de risco, terapia cognitivo-comportamental. Idiomas dos documentos pesquisados: português e inglês.

b) critérios de exclusão: outras abordagens terapêuticas.

c) descritores: tratamento suicídio, terapia cognitivo-comportamental.

d) cronologia: trabalhos publicados entre 1967 a 2016.

e) idiomas: português, inglês.

f) delimitador: escassez de estudos sobre a adoção da terapia cognitivo comportamental como protocolo para o tratamento do suicídio.

O estudo ficou organizado desta forma: introdução, objetivo, metodologia, resultados, discussão, conclusão e referências.

4 RESULTADOS

4.1 SUICÍDIO

“A palavra suicídio deriva do latim, *sui* (si mesmo) e *caederes* (ação de matar), sendo utilizada pela primeira vez em 1737 pelo abade Desfontaines”. Mais tarde adotada pela comunidade científica no século XIX, buscando explicações psiquiátricas e sociológicas para o tema (Moron, 1987 *apud* TORO et al., 2013, p. 409).

“O suicídio pode ser definido como um ato deliberado executado pelo próprio indivíduo, cuja intenção seja a morte, de forma consciente e intencional, mesmo que ambivalente, usando um meio que ele acredita ser letal” (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA, 2014). Também fazem parte do comportamento suicida: os pensamentos, os planos e as tentativas de terminar intencionalmente com a própria vida.

Fenômeno presente ao longo de toda a história da humanidade e em todas as culturas, o suicídio é determinado por uma complexa interação de fatores psicológicos, biológicos, genéticos, culturais e socioambientais. Dessa forma, deve ser considerado como o desfecho de uma série de fatores que se acumulam na história do indivíduo, não podendo ser considerado por apenas determinados acontecimentos pontuais da vida do sujeito. O suicídio então seria a consequência final de um processo

Segundo Beck (2010, p. 14), “pacientes suicidas frequentemente entram em conflito sobre razões para viver e para morrer, conflito que resulta da batalha interna entre desejar morrer e desejar continuar vivo”.

O estigma e o tabu relacionados ao suicídio são os importantes fatores que impedem a detecção precoce. Durante séculos de nossa história, por razões religiosas, morais e culturais o suicídio foi considerado um grande “pecado”. Talvez por esta razão, ainda temos medo e vergonha de falar abertamente sobre esse importante problema de saúde pública. Um tabu, arraigado em nossa cultura, por séculos, não desaparece sem o esforço de várias áreas.

Em 2012, cerca de 804 mil pessoas morreram por suicídio em todo o mundo, o que corresponde a taxas ajustadas para idade de 11,4 por 100 mil habitantes por ano – 15,0 para homens e 8,0 para mulheres (OMS, 2014).

Ainda de acordo com a OMS (2014) “a cada 40 segundos uma pessoa comete suicídio, e a cada três segundos uma pessoa atenta contra a própria vida”.

Frente a esse sério problema de saúde pública, como avaliar de modo adequado o paciente potencialmente suicida? Como reconhecer indivíduos suscetíveis antecipadamente?

Beck e cols. (1997) identificaram algumas cognições relacionadas a pacientes suicidas. Alguns afirmam que seu objetivo é desistir e escapar da vida, em busca de um ponto final. A vida é simplesmente "demais", ou "não vale a pena ser vivida". A angústia do paciente torna-se intolerável e a única saída seria o suicídio.

Algumas variáveis relevantes foram observadas em indivíduos que tentaram e ou morreram por suicídio. Pesquisas sobre variáveis demográficas demonstraram que “homens mais velhos, que estão em condição socioeconômica baixa e que são solteiros, divorciados ou viúvos apresentam um risco maior de suicídio” (BECK, 2010, p. 34). Talvez a ausência de um marido ou esposa na relação entre atos suicidas possa ser explicada por um problema mais amplo, como o isolamento social.

O sociólogo Emile Durkheim assinalou, no século XIX, um conceito de laço social que ainda hoje nos é muito útil:

Quanto maiores os laços sociais em uma determinada comunidade, menores seriam as taxas de mortalidade por suicídio. Este conceito sociológico pode ser transposto para o nível individual: quanto menos laços sociais tem um indivíduo, maior o risco de suicídio (CFM/ABP, 2014, p. 22).

Dentre as variáveis diagnósticas, doenças como AIDS, câncer, doença pulmonar obstrutiva crônica, doença renal, dor crônica e os transtornos neurológicos severos estão associados a um maior risco de tentativas de suicídio (HUGHES e KLEESPIES, 2001; LEVENSON e BOSTWICK, 2005 apud BECK, 2010, p.35). Os autores acreditam que tais doenças não aumentam a incidência de suicídios por si só, mas sim a ativação de desesperança, falta de sentido percebido para a vida e da perda de importantes papéis sociais.

Em mais de 90% dos indivíduos que morrem por suicídio, foram diagnosticados com um ou mais transtornos psiquiátricos (BEAUTRAIS et al., 1996; BEROLOTE, FLEISCHMANN, DE LEO e WASSERMAN, 2003; SUOMINEN et al., 1996)

De acordo com a cartilha desenvolvida na parceria entre o Conselho Federal de Medicina e a Associação Brasileira de Psiquiatria (2014), os transtornos psiquiátricos mais comuns incluem depressão, transtorno bipolar, alcoolismo e abuso/dependência de outras drogas e transtornos de personalidade e esquizofrenia.

A relação entre depressão e suicídio tem sido exaustivamente a mais estudada (LONNQVIST, 2000 apud BECK, 2010, p.35).

Além dos transtornos psiquiátricos terem sido relacionados com o comportamento suicida, a própria tentativa de suicídio se apresenta como um grande risco para futuras tentativas. “Pacientes que tentaram suicídio previamente têm de cinco a seis vezes mais chances de tentar suicídio novamente. Estima-se que 50% daqueles que se suicidaram já haviam tentado previamente” (CFM/ ABP, 2014).

De acordo com a OMS três características psicopatológicas são comuns em pacientes com comportamentos suicidas (CFM/ABP, 2014, p. 25):

1. Ambivalência: o desejo de viver e morrer travam uma luta dentro do paciente. A ideia é fugir da dor e do sofrimento através do suicídio, mas ainda existe o desejo de sobreviver a esta angústia. Alguns nem desejavam morrer, apenas queriam sair do sentimento momentâneo de infelicidade, encontrar descanso ou final mais rápido para seus sofrimentos. Se tão logo este paciente receber tratamento, a intenção e o risco de morte diminuirão.

2. Impulsividade: O impulso para cometer suicídio é transitório e tem duração de alguns minutos ou horas. Pode ser desencadeado por eventos estressantes ou situações como: rejeição, morte de um ente querido, falência, entre outros. Ter uma postura empática adequada pode interromper o impulso do paciente.

3. Rigidez: O paciente apresenta pensamentos, sentimentos e ações muito restritivos, ou seja, ele pensa constantemente em suicídio eliminando quaisquer

possibilidades de enfrentar ou sair do problema. Sendo assim, fica quase impossível o paciente sair de tal sofrimento sozinho.

O funcionamento mental gira em torno de três sentimentos: intolerável (não suportar); inescapável (sem saída); e interminável (sem fim). Existe uma distorção da percepção de realidade com avaliação negativa de si mesmo, do mundo e do futuro. Há um medo irracional e uma preocupação excessiva. O passado e o presente reforçam seu sofrimento e o futuro é sombrio, sem perspectiva e com ausência de planos. Surge a ideação e a tentativa de suicídio, que pode culminar com o ato suicida. O peso da decisão de morrer repousa na interpretação dos eventos e a maioria das pessoas, quando saudável, não interpreta nenhum evento como devastador o suficiente para justificar o ato extremo. (CFM/ABP, 2014, p.26).

Beck e cols (1997) levantaram a seguinte questão: por que algumas pessoas pensam em suicídio quando estiveram diante de um problema sério, enquanto outras tentam solucionar o problema, ou decidem "conviver com ele", mesmo insatisfeitas? A partir disso, algumas conclusões foram feitas: os indivíduos propensos ao suicídio têm uma disposição característica a superestimar a magnitude e a insolubilidade dos problemas. Assim, pequenos problemas são percebidos como grandes, enquanto grandes problemas são avassaladores. Além disso, esses indivíduos demonstram uma falta de confiança igualmente incrível em seus próprios recursos para solucionar problemas. Finalmente, tendem a projetar no futuro o quadro desastroso que resulta daí. Assim, exibem uma percepção exageradamente negativa do mundo, de si e do futuro.

A prevenção do suicídio envolve um exame completo de múltiplos fatores que se acumulam e interagem entre si aumentando a vulnerabilidade de uma pessoa ao comportamento suicida. As variáveis psicológicas, que são de natureza cognitiva, afetiva e comportamental são modificadas através de intervenções psicoterapêuticas focadas e como principal abordagem utilizaremos a terapia cognitivo-comportamental.

4.2 TERAPIA COGNITIVO- COMPORTAMENTAL

Aaron Beck desenvolveu uma forma de psicoterapia no início da década de 1960, a qual denominou originalmente de "terapia cognitiva" hoje é usado como sinônimo de terapia cognitivo-comportamental. Para o tratamento da depressão,

Beck desenvolveu uma psicoterapia estruturada, de curta duração, focada no presente, direcionada para a solução de problemas atuais e modificação de pensamentos e comportamentos disfuncionais (BECK, 1964 apud BECK J. 2013, p.22).

O tratamento também está baseado em uma conceituação ou compreensão, de cada paciente (suas crenças específicas e padrões de comportamento). O terapeuta procura produzir de várias formas uma mudança cognitiva – modificação do pensamento e sistema de crenças do paciente – para produzir uma mudança emocional e comportamental duradoura.

Resumindo, o modelo cognitivo propõe:

Que o pensamento disfuncional (que influencia o humor e o comportamento do paciente) é comum a todos os transtornos psicológicos. Quando as pessoas aprendem a avaliar seu pensamento de forma mais realista e adaptativa, elas obtêm uma melhora em seu estado emocional e no comportamento. [...]. Para que haja melhora duradoura no humor e no comportamento do paciente, os terapeutas trabalham em um nível mais profundo de cognição: as crenças básicas do paciente sobre si mesmo, seu mundo e as outras pessoas. A modificação das crenças disfuncionais subjacentes produz uma mudança mais duradoura (BECK, J. 2013, p.23).

Dentro deste modelo terapêutico são empregadas técnicas destinadas a identificar, testar no real e corrigir distorções e crenças disfuncionais (esquemas) subjacentes a essas cognições. O paciente aprende a dominar problemas e situações anteriormente consideradas insuperáveis, através da reavaliação e correção de seu pensamento. (BECK, 1997, p.19). O papel do terapeuta é ajudar o paciente a pensar e agir de forma mais adaptativa às dificuldades psicológicas, dessa forma reduzindo os sintomas. Vale lembrar da importância de se focalizar em "sintomas-alvo" específicos (ex.: impulsos suicidas). As cognições que sustentam tais sintomas são identificadas (ex.: "Minha vida não tem nenhum valor e não posso mudar isso") e submetidas à investigação lógica e empírica.

Segundo a teoria cognitiva, um histórico de problemas psiquiátricos ou de experiências negativas na infância aumenta a facilidade com que padrões cognitivos negativos serão ativados no futuro (BECK, 2010, p. 39).

Embora a terapia deva se adequar a cada tipo de paciente, existem determinados princípios que estão presentes na terapia cognitivo-comportamental (TCC) para todos os indivíduos. São eles (BECK J. 2013, p.27):

- 1) A terapia cognitivo-comportamental está baseada em uma formulação em desenvolvimento contínuo dos problemas dos pacientes e em uma conceitualização individual de cada paciente em termos cognitivos;
- 2) Requer uma aliança terapêutica sólida;
- 3) Enfatiza a colaboração e participação ativa;
- 4) É orientada para os objetivos e focada nos problemas;
- 5) Enfatiza inicialmente o presente;
- 6) É educativa, tem como objetivo ensinar o paciente a ser seu próprio terapeuta e enfatiza a prevenção de recaída;
- 7) Visa ser limitada no tempo;
- 8) As sessões são estruturadas;
- 9) Ensina os pacientes a identificar, avaliar e responder aos pensamentos e crenças disfuncionais;
- 10) Usa uma variedade de técnicas para mudar o pensamento, o humor e o comportamento.

Para Aaron Beck, as cognições nem sempre são representadas verbalmente em termos de pensamentos, interpretações ou julgamentos; alguns indivíduos, em vez disso relatam imagens vívidas, como as de um trauma do passado ou cenários muito pessimistas no futuro. Essas cognições não são experimentadas de formas aleatórias, mas determinadas em parte, pelas experiências anteriores, por experimentar sintomas psiquiátricos e também, por estarem enfrentando algum estresse intenso em suas vidas (p.52).

Uma vez que o esquema negativo seja ativado, informações recebidas são moldadas para se encaixarem no esquema, informações inconsistentes são ignoradas e o esquema ganha força associando-se com mais e mais informações (BECK, 2010, P.54).

A terapia cognitivo-comportamental ajuda os pacientes a desenvolverem estratégias para avaliar informações novas antes que elas sejam integradas aos esquemas negativos, o que por sua vez, diminui a

força dessas estruturas cognitivas e auxilia os pacientes no desenvolvimento de novas e mais adaptativas estruturas cognitivas (BECK, 2010, p. 54).

Beck (2010) traz como atividade central da terapia cognitiva a avaliação das crenças negativas. Após adquirir prática na identificação desses pensamentos e imagens associados às experiências emocionais negativas os pacientes aprendem e desenvolvem estratégias para questionar a veracidade desses pensamentos e incorporar todas as informações disponíveis para o desenvolvimento de atitudes mais adaptativas. O paciente apresenta crenças acerca de si mesmo, do mundo e/ou do futuro. Uma mudança duradoura ocorre quando essas crenças disfuncionais são identificadas e modificadas durante a terapia. Ainda, estratégias comportamentais podem ser incorporadas e servem para aumentar níveis de atividades do paciente e testar crenças disfuncionais em seus próprios ambientes.

A maior parte da terapia cognitivo-comportamental está focada em estratégias ativas para produzir mudanças cognitivas e comportamentais, mas isto não significa que a relação terapêutica seja de pouca importância. É imprescindível que o terapeuta demonstre uma postura calorosa, empática, colaborativa e isenta de julgamentos (BECK, 2010, p. 94).

Muitos pacientes têm a crença errônea de que falar sobre o suicídio pode aumentar a probabilidade de cometer suicídio. Na verdade, não há dados que validem essa afirmação. O que se mostra é justamente o contrário, uma discussão aberta minimiza o estigma que cercam este tema (WENZEL, BROWN e BECK, 2010, p. 122).

Antes de qualquer coisa, cabe ao terapeuta informar que algumas questões que serão feitas podem ser estressantes, mas os benefícios serão maiores assim que o paciente estiver familiarizado com o modelo cognitivo-comportamental.

4.3 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Estudos feitos por Botega, Werlang, Cais, Macedo (2006) mostram que os esforços para prevenção do comportamento suicida devem estar alinhados com o conhecimento dos fatores de risco, sendo de fundamental importância que as ações se voltem ao que pode ser modificado, evitando aquilo que possa ser evitado e amenizando o que impossibilita qualquer tipo de intervenção.

Wenzel, Brown e Beck (2010) citam que as variáveis psicológicas (as que são de origem cognitiva, afetiva e comportamental) são passíveis de serem modificadas através de intervenções psicoterapêuticas focadas. As que foram exaustivamente citadas, segundo os autores são: desesperança, cognições relacionadas ao suicídio, impulsividade aumentada, déficits na resolução de problemas e perfeccionismo.

Para os pesquisadores Wright, Basco e Thase (2008) a Terapia Cognitivo-Comportamental tem demonstrado excelentes resultados nos tratamentos para depressão, ansiedade e outros casos clínicos, inclusive em transtornos graves, mais complexos e resistentes ao tratamento.

Knapp e cols (2004) ainda citam a TCC como referência no tratamento de dores crônicas, fibromialgia, insônia, pânico, agorafobia, transtorno obsessivo-compulsivo, esquizofrenia, transtornos de comportamentos infantis, fobia social, jogo patológico, transtornos de personalidade e outros.

Num levantamento feito pela Organização Mundial da Saúde (2014) a depressão é uma doença bastante prevalente. Estima-se que entre 6% a 8% da população fará pelo menos um episódio em um ano. Ao longo da vida, até 25% das mulheres e até 10% a 12% dos homens também farão pelo menos um episódio depressivo. É uma doença que tende a ser crônica e recorrente, quando não tratada, pode até ser incapacitante. Por conta de sua alta prevalência, a depressão é a doença mental que mais está associada ao suicídio. Representa, em números absolutos, o diagnóstico mais frequentemente encontrado entre suicidas.

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. Além da desesperança, encontraram distorções acerca de hipocondria, ideias de fracasso, desejo de morte, ideias de culpa. Sabe-se que a desesperança está estreitamente relacionada com intenção suicida, e pesquisas mostram que pessoas que apresentam desesperança como cognição prévia tendem a cometer suicídio tempos depois (Botega et al., 2006; Wenzel et al., 2010; WHO, 2014).

Matos e Oliveira (2010), num estudo de caso sobre depressão apresentam a TCC como tratamento da depressão envolvendo estratégias e técnicas cognitivo-comportamentais tais como psicoeducação da depressão e do modelo da TCC, reestruturação cognitiva e estratégias de prevenção de recaídas. Ao enfatizar estratégias cognitivas e experimentos comportamentais buscou-se melhorar o funcionamento biopsicossocial da paciente, sugerindo impacto positivo da TCC no tratamento da depressão que proporcionou formas objetivas de avaliar a validade de suas cognições, de promover a autodescoberta e facilitar a reestruturação cognitiva, ajudando-o a tornar-se sua própria terapeuta. 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. Através delas, a importância das contribuições do paciente nas sessões terapêuticas é enfatizada e estimulada. A autoeficácia é implementada através do desenvolvimento de uma parceria com base na auto-descoberta, envolvendo uma atitude aberta e de experimentação. O relato de caso descreve uma intervenção psicológica, a TCC, no tratamento da depressão. Embora o estudo de caso tenha limitações metodológicas ao não permitir generalizações para outros contextos, pois revela apenas aspectos da parcela estudada, pode-se afirmar que a soma de relatos semelhantes, permitem ampliar os conhecimentos da área, trazendo sugestões para a realização de estudos sistemáticos.

Knapp (2004) cita que vários testes e questionários têm sido usados como instrumentos diagnósticos e de avaliação da gravidade da depressão. Um dos mais utilizados entre os terapeutas cognitivos é o BDI (Inventário de Depressão de Beck) Além deste a BHS (Escala de Desesperança de Beck) (Beck et al., 1974) e a BSI

(Escala de Ideação Suicida) ajudam no diagnóstico dos comportamentos suicidas com tradução e adaptação brasileira (Cunha, 2001).

Cunha (2001) cita que se deve ter muita cautela com a interpretação da BSI, pois ela não oferece subsídios para identificar simulação ou confusão, e o paciente pode consciente e deliberadamente, distorcer ou esconder sua verdadeira intenção.

“Se o suicídio é entendido como um fenômeno multidimensional” (SCHNEIDMAN, 1994 apud CUNHA, 2001) de identificação complexa envolvendo variáveis psicopatológicas, sociológicas e correlatos demográficos, o uso de ferramentas escalares, como a BSI, BHS e o BDI, pode ser um ponto de partida importante, pois, dependendo dos resultados, o terapeuta fica comprometido com uma investigação clínica mais profunda e com eventual necessidade de tomada de decisões clínicas acerca do paciente.

Numa revisão de estudos Powell (2008), concluiu que a TCC é uma das abordagens que apresentam mais evidências empíricas de eficácia no tratamento da depressão, quer oferecida de forma isolada ou em combinação com farmacoterapia.

Wenzel (2010) diz que pacientes com comportamento suicida muitas vezes apresentam baixas expectativas para o tratamento, acreditando que sua situação não tem saída e que nada pode ser feito para mudar isso. Portanto o terapeuta deve prestar muita atenção para desenvolver uma forte relação terapêutica, modelando uma abordagem sistemática para a resolução de problemas e transmitindo um senso de esperança para o futuro.

Num estudo feito por Guille et. al. (2015) para avaliar a eficácia da terapia cognitivo-comportamental baseada na Web (WCBT) na prevenção de ideação suicida em médicos estagiários, comprovou que houve uma redução das ideações suicidas. Este método foi desenvolvido em razão do aumento no número de suicídios entre estagiários. Alguns motivos foram destacados para que estes não buscassem ajuda. Dentre eles foram identificados a falta de tempo, a preferência para gerenciar problemas por conta própria, a falta de acesso conveniente aos cuidados e preocupações de confidencialidade.

O programa de intervenção WCBT, foi desenvolvido pela equipe do Instituto Nacional de Pesquisa em Saúde Mental da Universidade Nacional da Austrália. O programa consistiu de 4 sessões baseadas na web semanais com duração de aproximadamente 30 minutos cada. O programa interativo tem como objetivo facilitar

a compreensão da inter-relação entre pensamentos, emoções e comportamentos e técnicas de reestruturação cognitiva e ensina a promover a capacidade de identificar e desafiar os pensamentos imprecisos, irrealistas ou demasiado negativos. O programa inclui também estratégias de resolução de problemas (GUILLE et. al.,2015).

Este trabalho ainda apoiou intervenções baseadas na web como ferramentas promissoras para melhorar a saúde mental e diminuir o alto risco de suicídio entre os médicos (GUILLE et. al.,2015).

Alavi e cols (2013) fizeram um estudo com adolescentes de 12 a 18 anos para avaliar a eficácia da terapia cognitivo-comportamental na prevenção do suicídio e na diminuição da desesperança que tivessem pelo menos, uma tentativa de suicídio anterior.

O grupo de intervenção recebeu 12 sessões (uma vez por semana). O programa incluía intervenções psicoeducacionais e módulos de treinamento de habilidades pessoais e familiares. Todos os pacientes foram avaliados por Escala para Ideação Suicida, Inventário de Desesperança de Beck e Inventário de Depressão de Beck antes da intervenção e após 12 semanas. O programa ajudava-os a melhorar a sua competência social, habilidades de resolução de problemas, e esquemas cognitivos mal adaptativos e crenças errôneas (ALAVI et al., 2013).

A intervenção de acordo com o modelo de Stanley et al inclui 3 fases. A fase inicial com duração de três sessões consistiu em cinco componentes principais: análise da cadeia, planejamento de segurança, psicoeducação, desenvolvendo razões de viver e esperança, e caso conceituação. Os últimos 2 componentes ocorrem durante a 3ª sessão. Os pais foram autorizados a participar na primeira sessão. A fase meio do tratamento durou da 4ª a 9ª sessão e incluiu: ativação comportamental, aumento de atividades prazerosas, monitoramento de humor, regulação da emoção e técnicas de tolerância a aflição, reestruturação cognitiva, resolução de problemas, definição de metas, mobilizando apoio social e assertividade, habilidades. Com a família: ativação comportamental, regulação da emoção família, resolução de problemas de família, a comunicação na família, e reestruturação cognitiva. A fase final, que durou da 10ª a 12ª sessão incluiu uma tarefa de prevenção de recaídas que envolveu cinco etapas: (a) Elaboração, (b) revisão da tentativa de suicídio ou de crise suicida, (c) revisão da tentativa ou crises

suicidas usando habilidades (d) avaliação de um cenário de alto risco futuro, e (e) análise dos comportamentos (ALAVI et al., 2013).

Com este estudo os autores concluíram que a TCC é uma forma eficaz, apropriada e aceitável modalidade de tratamento para adolescentes com tentativas de suicídio, ideias suicidas recentes e atuais. O efeito dos sistemas familiares conflituosos, estilos parentais inadequados, mudando os padrões sociais, problema emocional na vida de adolescentes deve ser levado em consideração em qualquer intervenção para um tratamento bem-sucedido (ALAVI et al., 2013).

Poucos estudos foram realizados a respeito da eficácia dos medicamentos na prevenção do suicídio (WENZEL, BROWN, BECK, 2010). Em uma méta-análise incluindo 31 estudos (Baldessarini et al 2006 *apud* Cais, 2011), totalizando 85229 indivíduos, concluiu que pacientes com transtorno do humor em uso de lítio têm uma chance cinco vezes menor de falecerem por suicídio ou tentarem o suicídio e quando retiradas as depressões unipolares e avaliados apenas os pacientes com diagnóstico de bipolaridade obtiveram-se também uma redução significativa do risco de suicídio ou de tentativas de suicídio com o uso de lítio.

Wenzel, Brown e Beck (2010) desenvolveram um modelo específico de TCC para pacientes suicidas, com indicações de estratégias comportamentais, cognitivas e de *coping* afetivo, que compartilha várias similaridades básicas com a TCC padrão.

Na prática com pacientes suicidas, a maior parte dos pensamentos e crenças são abordados na sessão relacionadas ao suicídio e à desesperança. Um primeiro passo para modificar cognições disfuncionais é ajudar os pacientes a desenvolver ferramentas para identificar quando as estão experimentando.

Wenzel, Brown e Beck (2010, p.101) sugerem uma forma mais direta com a seguinte pergunta: “O que estava passando pela sua cabeça naquele momento? ”. Nem sempre o paciente consegue identificar com tanta facilidade. Como outras sugestões pode-se perguntar: “O que você suporia que estava passando pela sua cabeça naquele momento” ou “O que você estaria pensando, _____ ou _____?”. Como sequência, se faz útil classificar a intensidade das emoções experimentadas em uma escala de 0 a 10 ou de 0 a 100.

Uma vez que os pacientes tenham desenvolvido a habilidade de identificar pensamentos automáticos disfuncionais, eles podem passar a dar mais atenção a

estratégias que possam modificar esses pensamentos buscando respostas alternativas que reflitam uma apreciação mais balanceada das circunstâncias da vida. A ideia é que essa prática possa ser incorporada sempre nos momentos onde são confrontados por situações problemáticas (WENZEL, BROWN e BECK, 2010, p.103).

4.4 TÉCNICAS USADAS NA PREVENÇÃO DO COMPORTAMENTO SUICIDA

Wright, Basco e Thase (2008) apresentam o questionamento socrático como uma estratégia em fazer perguntas a fim de estimular a curiosidade e o desejo de inquirir do paciente. O terapeuta conduz o paciente a avaliar a evidência que suporta ou refuta os pensamentos automáticos e a probabilidade de os resultados catastróficos que eles predizem realmente acontecerem (WENZEL, BROWN e BECK, 2010).

Alguns pacientes suicidas relatam o pensamento “Ninguém se importa comigo”. Em resposta o clínico pode fazer perguntas como: “Qual é a evidência que suporta esse pensamento? Qual é a evidência que refuta esse pensamento? ” Uma resposta funcional poderia ser, “Eu gostaria de ter uma rede mais ampla de apoio”. “Eu não tenho sido muito bom em manter contato com meus antigos colegas. Mas eles foram legais no passado e eu acho que poderia tentar passar um tempo com eles outra vez” (WENZEL, BROWN e BECK, 2010).

Crenças centrais são concepções fundamentais que os indivíduos têm de si mesmos, do mundo e/ou do futuro. Em grande parte dos casos, essas crenças centrais direcionam os pensamentos automáticos que vêm à tona em determinadas situações. As três categorias de crenças centrais em paciente com o comportamento suicida são: crenças de desamparo (ex: “Eu estou encurralado”), crenças de desamor (ex: “Ninguém se importa comigo”) e crenças de desvalor (ex: “Eu sou um fardo”) (WENZEL, BROWN e BECK, 2010, p.104).

Crenças intermediárias estão entre as crenças centrais e os pensamentos automáticos e são mais facilmente identificáveis. Muitas vezes, as crenças intermediárias assumem a forma de atitudes rígidas, regras ou pressupostos de como o mundo funciona (WENZEL, BROWN e BECK, 2010, p. 105).

A técnica da seta descendente é uma estratégia comum para identificar crenças centrais de forma sistemática. Com esta técnica, o terapeuta continua a fazer perguntas sobre o pensamento ou o evento: “O que aconteceria, então, se isso fosse verdade?” ou “O que isso significaria para você, se acontecesse?”. “Tentamos cavar até o fundo da crença” (LEAHY, 2006, p.36).

Wenzel e cols (2010, p.107), sugerem que os terapeutas selecionem entre um grande conjunto de técnicas comportamentais, baseados na conceitualização cognitiva do caso clínico, para administrar o humor conforme encontram condições.

O experimento comportamental é frequentemente usado para o paciente testar a validade de suas crenças ou previsões defeituosas em situações da vida real. Assim o paciente consegue provar o quanto suas ideias são incorretas ou exageradas (WENZEL, BROWN e BECK, 201, p. 108).

Na maioria das vezes os pacientes se mostram depressivos e relatam pouco ou nem prazer em suas vidas. Nesses casos, o terapeuta pode utilizar o monitoramento e a programação de atividades, para entender como os pacientes estão usando o seu tempo e quando eles poderiam programar uma atividade prazerosa (A.T. Beck e Greenberg, 1974).

Depois de levantadas as principais atividades que o paciente está engajando-se, colaborativamente, terapeuta e paciente programam novas atividades que proporcionem um senso de prazer e realização e o ajude a engajar-se frequentemente nestas atividades (WENZEL e cols, 2010, p. 109).

O terapeuta pode utilizar uma série de estratégias comportamentais adicionais como, respiração controlada, relaxamento muscular e a representação de papéis para aumentar a comunicação e as habilidades sociais. É recomendado que essas estratégias sejam introduzidas na sessão e, que também sejam feitas como tarefas de casa, para que ocorra uma generalização de ganhos para o paciente em seus próprios ambientes. (WENZEL, BROWN, BECK, 2010, p. 109).

Para Wenzel e colaboradores (2010), o objetivo principal terapêutico para redução de futuros atos suicidas, consiste em:

- Adquirir estratégias de *coping*;
- Identificar razões para viver e promover esperança;
- Trabalhar resolução de problemas;
- Aumentar o contato social e redes de apoio; e

- A adesão dos pacientes a outros tratamentos, se necessário.

Para Beck (1997) os desejos suicidas são um problema predominante e potencialmente letal nos pacientes deprimidos, portanto é de extrema importância que o terapeuta compreenda por que o paciente considera uma ação tão drástica. Assim, estará em melhor posição para selecionar técnicas apropriadas e eficazes para lidar com esse problema particular. Entretanto, nenhuma estratégia “anti-suicida” será de qualquer valor, a menos que o terapeuta consiga detectar e avaliar o grau de intencionalidade suicida.

É importante explicar ao paciente que falar sobre questões dolorosas pode provocar sensações desagradáveis, e se isso ocorrer pode-se fazer pequenas pausas, falar por um tempo limitado de tempo e usar relaxamento ou controle da respiração para administrar as emoções negativas. Esta postura mostra que a decisão de falar sobre questões dolorosas foi colaborativa entre o terapeuta e o paciente (WENZEL, BROWN e BECK, 2010, p. 118).

Wenzel, Brown e Beck (2010) descobriram que intervenções feitas por telefone podem ser úteis quando o paciente demonstra um potencial risco de muitas crises entre as sessões.

Como os pacientes com comportamentos suicidas apresentam uma população de alto risco, assim que o terapeuta se depara com esta demanda, uma avaliação de risco logo deve ser feita. Além desta avaliação, obter informações com a família ou amigos, sobre o estado mental do paciente e ou tentativas anteriores de suicídio, pode ser de grande utilidade (WENZEL, BROWN e BECK, 2010, p. 122).

É de extrema importância que se avalie cuidadosamente as cognições relacionadas ao suicídio (WENZEL, BROWN e BECK, 2010, p.122). A figura 1 exhibe os principais domínios de uma avaliação para investigar o risco de suicídio. Os autores sugerem que anotar esses fatores de risco e proteção em uma página é um recurso útil, pois pode facilitar na avaliação clínica.

Além da avaliação de fatores de risco para o comportamento suicida, deve-se também, avaliar os fatores de proteção, pois sabe-se que estes diminuem os riscos de suicídio (WENZEL E COLS, 2010, p. 126).

Variáveis relacionadas ao suicídio (recentes)	Estado clínico (recentes)
<input type="checkbox"/> O desejo de morrer supera o desejo de viver	<input type="checkbox"/> Episódio depressivo maior
<input type="checkbox"/> Ideação suicida sem intenção ou plano	<input type="checkbox"/> Episódio misto de humor
<input type="checkbox"/> Intenção suicida sem plano específico	<input type="checkbox"/> Abuso ou dependência de substâncias
<input type="checkbox"/> Intenção suicida plano específico	<input type="checkbox"/> Transtorno de personalidade do <i>Cluster B</i>
<input type="checkbox"/> Comando alucinatório para se matar	<input type="checkbox"/> Desesperança
<input type="checkbox"/> Tentativa de suicídio <input type="checkbox"/> Ao longo da vida	<input type="checkbox"/> Agitação ou ansiedade severa
<input type="checkbox"/> Múltiplas tentativas de suicídio <input type="checkbox"/> Ao longo da vida	<input type="checkbox"/> Isolamento social ou solidão
<input type="checkbox"/> Tentativa interrompida ou abortada <input type="checkbox"/> Ao longo da vida	<input type="checkbox"/> Déficits na resolução de problemas
<input type="checkbox"/> Comportamento preparatório para se matar <input type="checkbox"/> Ao longo da vida	<input type="checkbox"/> Atitudes disfuncionais (como perfeccionismo)
<input type="checkbox"/> Comportamento autoagressivo não suicida <input type="checkbox"/> Ao longo da vida	<input type="checkbox"/> Percepção de ser um fardo para a família ou outros
<input type="checkbox"/> Arrepende-se de uma tentativa fracassada de suicídio	<input type="checkbox"/> Mudança abrupta no estado clínico (melhora ou deterioração)
Eventos ativadores (recentes)	<input type="checkbox"/> Comportamento altamente impulsivo
<input type="checkbox"/> Divórcio, separação ou morte do cônjuge ou parceiro	<input type="checkbox"/> Ideação homicida
<input type="checkbox"/> Perda interpessoal, conflito ou violência	<input type="checkbox"/> Comportamento agressivo com os outros
<input type="checkbox"/> Problemas legais	<input type="checkbox"/> Dor física crônica ou outro problema médico agudo (por exemplo, AIDS, doença pulmonar obstrutiva crônica, câncer)
<input type="checkbox"/> Dificuldades financeiras, desemprego ou mudança na condição de trabalho	<input type="checkbox"/> Métodos disponíveis para o suicídio (como armas ou pílulas)
<input type="checkbox"/> Encarceramento pendente ou situação de rua	<input type="checkbox"/> Abuso físico ou sexual (ao longo da vida)
<input type="checkbox"/> Outra perda ou outro evento significativamente negativo	<input type="checkbox"/> Histórico familiar de suicídio (ao longo da vida)
Histórico de tratamento	Fatores de proteção (recentes)
<input type="checkbox"/> Diagnósticos e tratamentos psiquiátricos prévios	<input type="checkbox"/> Expressa esperança no futuro
<input type="checkbox"/> Desesperança ou insatisfação com o tratamento	<input type="checkbox"/> Identifica razões para viver
<input type="checkbox"/> Falta de conformidade com o tratamento	<input type="checkbox"/> Responsabilidade para com a família ou outros; morando com a família
<input type="checkbox"/> Não está recebendo tratamento	<input type="checkbox"/> Rede social ou familiar apoiadora
<input type="checkbox"/> Recusa-se a ou não consegue concordar com o plano de segurança	<input type="checkbox"/> Medo da morte ou de morrer em função da dor e do sofrimento
	<input type="checkbox"/> Crença de que o suicídio é imoral, forte espiritualidade
	<input type="checkbox"/> Engajamento no trabalho ou na escola

FIGURA 1 – Avaliação do risco de suicídio (WENZEL, BROWN e BECK, 2010, p. 123).

Durante e após a avaliação de risco, o terapeuta deve dar atenção a possíveis efeitos negativos da avaliação. Caso tenha sido constatado algo do tipo, cabe ao terapeuta fazer uma pausa, utilizar alguma técnica de distração e relaxamento, e continuar numa hora mais oportuna. (WENZEL, BROWN e BECK, 2010, p. 127).

Uma estratégia bastante útil para trabalhar com o paciente é desenvolver com ele um plano de segurança. Essa estratégia constitui em uma lista de recursos que o paciente pode ter para utilizar durante uma crise suicida. Em razão da dificuldade do paciente em utilizar habilidades de resolução de problemas durante um momento de crise, o propósito do plano de segurança é desenvolver estratégias de *coping* enquanto o paciente não está em crise para que as utilize em momentos de perturbação (WENDEL, BROWN e BECK, 2010. P. 127).

Os autores citam alguns critérios básicos que devem compor um plano de segurança (WENDEL, BROWN e BECK, 2010. P. 127):

- ✓ reconhecer sinais de alerta,
- ✓ identificar estratégias de coping,
- ✓ contatar amigos ou familiares, e
- ✓ contatar profissionais de saúde mental.

O terapeuta e o paciente colaborativamente constroem o plano de segurança, de forma que ambos gerem itens para incluir no formulário (figura 2).

Após o plano de segurança ter sido concluído, o terapeuta revisa passo a passo do plano e obtém um retorno do paciente. O psicólogo pode ainda avaliar a probabilidade do paciente completar cada tarefa em casa, com a seguinte pergunta: “Em uma escala de 0 a 100, o quão provável é que você será capaz de realizar este passo durante o momento de uma crise? ” (WENZEL, BROWN e BECK, 2010, p. 131).

PLANO DE SEGURANÇA
<p>1. Sinais de alerta (quando eu devo utilizar o plano de segurança)</p> <p><input type="checkbox"/> Querer ir dormir e não acordar mais</p> <p><input type="checkbox"/> Querer me ferir</p> <p><input type="checkbox"/> Pensar “Eu não aguento mais isso”</p>
<p>2. Estratégias de <i>coping</i> (coisas que eu posso tentar sozinho):</p> <p><input type="checkbox"/> Escutar rock</p> <p><input type="checkbox"/> Embalar-se na cadeira</p> <p><input type="checkbox"/> Sair para dar uma volta</p> <p><input type="checkbox"/> Respirar de forma controlada</p> <p><input type="checkbox"/> Tomar um banho quente ou frio</p> <p><input type="checkbox"/> Fazer exercícios</p>
<p>3. Contatar outras pessoas:</p> <p><input type="checkbox"/> Telefonar _____ para _____ um _____ amigo _____ para _____ me distrair: _____ Telefone: _____. Se a distração não funcionar, direi às seguintes pessoas que estou em crise e pedirei ajuda:</p> <p><input type="checkbox"/> Telefonar para um familiar: _____ Telefone: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Telefonar ou conversar com outra pessoa: _____ Tel: _____</p>
<p>4. Contatar um profissional de saúde durante o horário comercial:</p> <p><input type="checkbox"/> Telefonar para o meu terapeuta: _____ Telefone: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Telefonar para o meu psiquiatra: _____ Telefone: _____</p> <p>Os seguintes estabelecimentos podem ser contatados 24 horas por dia em qualquer dia da semana:</p> <p><input type="checkbox"/> Telefonar para emergência psiquiátrica: _____ Telefone: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Telefonar para a Linha Emergencial de Prevenção de Suicídio Telefone: _____</p>

Figura 2 – Exemplo de um plano de segurança (WENZEL, BROWN e BECK, 2010, p.129)

Wenzel, Brown e Beck, 2010 ressaltam a importância de se instigar a esperança no paciente. Sabe-se que tal atitude ajuda a transformar a visão negativa do paciente de que a vida não vai melhorar e que não adianta tentar alterá-la.

Identificar experiências iniciais, crenças centrais, crenças intermediárias e pensamentos automáticos chave ajudam a formar a conceitualização cognitiva de caso das crises suicidas. Desenvolver estratégias para modificar essas cognições é um trabalho que vai do início ao fim da terapia (WENZEL, BROWN e BECK, 2010, p. 144).

Uma estratégia que pode ser utilizada com pacientes que estão inativos e sem esperança é aumentar a quantidade de tempo que eles se engajam em atividades prazerosas (WENZEL, BROWN e BECK, 2010, P. 154).

A programação de atividades também pode ajudar os pacientes com dificuldade para organizar seus dias ou se envolver em atividades produtivas. (WRIGHT, BASCO e THASE, 2008). Caso, o paciente tenha dificuldade em fazer uma lista de atividades prazerosas, pode-se solicitar que ele pense em um período em sua vida no qual era mais feliz, ou quando não estava se sentindo suicida (WENZEL, BROWN, BECK, 2010, p.154).

Outras estratégias foram descritas como uteis na intervenção para pacientes com comportamentos suicidas (WENZEL, BROWN e BECK, 2010):

- Melhorar a rede social de apoio, ou seja, fortalecer as relações existentes do paciente com a família e amigos, ou desenvolver novas relações;
- Desenvolver estratégias de *coping* afim de regular as emoções do paciente sem recorrer a comportamentos suicidas. Essas habilidades encontram-se em 3 categorias – auto alívio físico, auto alívio cognitivo e auto alívio sensorial, por exemplo engajar-se numa atividade física, evocar pensamentos positivos, tomar um banho morno e ouvir músicas mais calmas;
- Desenvolver cartões de *coping* com lembretes para lidar com a desesperança e ideação suicida, assim facilitando o pensamento adaptativo durante uma crise;
- Aumentar as habilidades para resolução de problemas através de uma *brainstorming* e, em seguida pesar as vantagens e desvantagens das soluções propostas;
- Reduzir a impulsividade compreendendo que as crises muitas vezes vêm como “ondas”, assim o paciente deverá se comprometer a “surfear na onda” e listar vantagens e desvantagens de agir de forma impulsiva.

Como prevenção de recaída pode-se trabalhar exercícios de imaginação guiada nos quais o paciente imagina vividamente circunstâncias acerca de uma hipotética crise suicida e se são capazes de responder a esse evento de forma adaptativa (WENZEL, BROWN e BECK, 2010, p. 172).

Como sabemos, a mudança na cognição produz a mudança no comportamento, e vice-versa. Assim as técnicas não são apenas um punhado de intervenções usadas de maneira indiscriminada. Antes, deve ser feita uma conceitualização individualizada que faça conexão direta das teorias cognitivo-comportamentais à estrutura psicológica única do paciente e aos seus problemas.

5 DISCUSSÃO

A pesquisa, apesar de não ter encontrado um amplo número de estudos existentes sobre o assunto, permitiu inferir uma eficácia da TCC no tratamento para prevenção do comportamento suicida.

Os transtornos mentais são tidos como principais problemas relacionados ao suicídio e, dentre eles, a depressão é uma das principais causas para a incapacidade de viver das pessoas, descrita pelos estudiosos pesquisados como uma doença incapacitante.

Outros quadros de alteração mental, como a esquizofrenia, transtornos relacionados ao abuso de drogas, transtornos de personalidade e até condições graves de saúde como dor crônica, AIDS, câncer, por exemplo, também seguem praticamente o mesmo percurso com alterações físicas e psíquicas que alteram o comportamento das pessoas abrindo espaço para o comportamento suicida.

Observa-se, entretanto, que outros indivíduos que também se encontram em situações de dor e desespero, não recorrem ao suicídio como uma possível solução de seus problemas. A diferença entre eles, provavelmente, não está na existência de personalidades suicidas, mas sim em vulnerabilidades emocionais.

O tratamento cognitivo-comportamental na prevenção do comportamento suicida exige, necessariamente, uma atitude de compreensão, tanto no nível teórico e prático quanto no estabelecimento de uma aliança terapêutica eficaz partindo do pressuposto que o seu possa ser um caminho ideal para o tratamento do suicídio.

O elemento limitador, neste estudo, no que se refere à pesquisa bibliográfica, observe-se, está na escassez de materiais que abordassem a terapia cognitivo-comportamental para a prevenção do comportamento suicida, abrindo espaço para a sugestão de futuras pesquisas para investigar a efetividade das técnicas utilizadas para este tema.

6 CONCLUSÃO

O comportamento suicida compreende uma série de cognições e comportamentos disfuncionais, cujo desfecho pode ser a morte do indivíduo.

Este estudo visou alertar sobre a complexidade das ações dos indivíduos que se predispõem ao suicídio, e busca um novo olhar sobre as possibilidades de prevenção deste comportamento cuja o fim é sempre trágico.

As pesquisas mostram que a gênese do suicídio tem seu fator multifatorial, passando por questões socioculturais, genéticas, psicodinâmicas, filosófico-existenciais, psiquiátricas e ambientais, mas apesar da multifatorialidade do fenômeno, sem a presença de pelo menos um transtorno mental a grande maioria dos suicídios não teriam ocorrido.

O estudo apresentado permitiu constatar que as técnicas adotadas pela terapia cognitivo-comportamental têm mostrado resultados eficientes no tratamento das muitas condições que podem levar uma pessoa a cometer suicídio. Dentre os diversos fatores envolvidos no risco do comportamento suicida, observa-se a desesperança como um fator preditor significativo para crises suicidas e um alvo importante para intervenções da TCC. A perda de esperança, a impossibilidade de vislumbrar motivos que levem à vida e o desespero por não conseguir encontrar uma saída para essa situação podem levar o indivíduo a acreditar erroneamente que o suicídio seria sua melhor opção. Os recursos do terapeuta como sua empatia e capacidade de construir uma firme aliança com o paciente vão fomentar as bases de uma relação, por onde vão desdobrar-se as técnicas cognitivas e comportamentais específicas para o problema.

REFERÊNCIAS

ALAVI; SHARIFI; GHANIZADEH; DEHBOZORGI. Effectiveness of Cognitive-Behavioral Therapy in Decreasing Suicidal Ideation and Hopelessness of the Adolescents with Previous Suicidal Attempts. *Iran J Pediatr* Aug 2013; Vol 23 (No 4), Pp: 467-472.

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

BECK, A.T.; RUSH, A.J.; SHAW, B.F.; EMERY, G. **Terapia Cognitiva da Depressão**, Porto Alegre: Artmed, 1997.

BECK, J.S. *Terapia cognitiva: teoria e prática*. 2ª edição. Tradução de Sandra Costa. Porto Alegre: Artmed, versão impressa, 2013.

Botega, N. J., Werlang, B. S. G., Cais, C. F. S. & Macedo, M. M. K. (2006). Prevenção do comportamento suicida. *Psico*, 37, 213-220.

Cais, Carlos Fílinto da Silva - *Prevenção do suicídio: estratégias de abordagem aplicadas no município de Campinas-SP / Carlos Filinto da Silva Cais*. -- Campinas, SP : [s.n.], 2011.

GUILLE, ZHAO, KRYSTAL, NICHOLS, BRADY and SEN, Web-Based Cognitive Behavioral Therapy Intervention for the Prevention of Suicidal Ideation in Medical Interns: A Randomized Controlled Trial, *JAMA Psychiatry*. Author manuscript; available in PMC 2016 May 13.

KNAAP e cols. *Terapia Cognitivo- Comportamental na Prática Psiquiátrica*, Porto Alegre: Artmed, 2004.

LEAHY, Robert L. *Técnicas de terapia cognitiva: manual do terapeuta: tradução Maria Adriana Veríssimo Veronese, Luzia Araújo* – Porto Alegre: Artmed, 2006.

Suicídio: informando para prevenir. Associação Brasileira de Psiquiatria, Comissão de Estudos e Prevenção de Suicídio. Brasília: CFM/ABP, 2014.

MARBACK, Roberta Ferrari; PELISOLI, Cátula. Terapia cognitivo-comportamental no manejo da desesperança e pensamentos suicidas. **Rev. bras.ter. cogn.**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, p. 122-129, dez. 2014. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-56872014000200008&lng=pt&nrm=iso>. Acessos em 19 out. 2016. <http://dx.doi.org/10.5935/1808-5687.20140018>.

MATOS, A.C.S.; OLIVEIRA, I.R. Terapia cognitivo-comportamental da depressão: relato de caso. Revista de Ciências Médicas e Biológicas, v.12, n. 4, p.511-527, 2013

Medeiros, H. L. V., & Sougey, E. B. (2010). Distorções do pensamento em pacientes deprimidos: frequência e tipos. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 59(1),28-33. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0047-20852010000100005>

POWELL, Vania Bitencourt et al . Terapia cognitivo-comportamental da depressão. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo , v. 30, supl. 2, p. s73-s80, Oct. 2008. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462008000600004&lng=en&nrm=iso>. Access on 21 Oct. 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-44462008000600004>.

TORO, Giovana Vidotto Roman et al. O desejo de partir: um estudo a respeito da tentativa de suicídio. *Psicol. rev. (Belo Horizonte)*, Belo Horizonte v. 19, n. 3, p. 407-421, - 2013. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-11682013000300006&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 27 set. 2016. <http://dx.doi.org/DOI-10.5752/P.1678-9563.2013v19n3p407>.

WRIGHT, Jesse H. Aprendendo a terapia cognitivo-comportamental: um guia ilustrado/ Jesse H. Wright, Monica R. Basco, Michael E. Thase; tradução Mônica Giglio Armando. – Porto Alegre: Artmed, 2008.

Termo de Responsabilidade Autoral

Eu **Carla de Lima Setz**, afirmo que o presente trabalho e suas devidas partes são de minha autoria e que fui devidamente informado da responsabilidade autoral sobre seu conteúdo.

Responsabilizo-me pela monografia apresentada como Trabalho de Conclusão de Curso de Especialização em Terapia Cognitivo Comportamental, sob o título "**Prevenção do Comportamento Suicida**", isentando, mediante o presente termo, o Centro de Estudos em Terapia Cognitivo-Comportamental (CETCC), meu orientador e coorientador de quaisquer ônus consequentes de ações atentatórias à "Propriedade Intelectual", por mim praticadas, assumindo, assim, as responsabilidades civis e criminais decorrentes das ações realizadas para a confecção da monografia.

São Paulo, _____ de _____ de _____.

Assinatura do (a) Aluno (a)