



Centro de Estudos em Terapia
Cognitivo-Comportamental

**CETCC- CENTRO DE ESTUDOS EM TERAPIA COGNITIVO-
COMPORTAMENTAL**

DAMIANA RODRIGUES LIMA DE OLIVEIRA

**AS TÉCNICAS DA TERAPIA COGNITIVO-
COMPORTAMENTAL NA IDEAÇÃO E NO COMPORTAMENTO
SUICIDA**

São Paulo

2018

DAMIANA RODRIGUES LIMA DE OLIVEIRA

**AS TÉCNICAS DA TERAPIA COGNITIVO-
COMPORTAMENTAL NA IDEAÇÃO E NO 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

2018

Fica autorizada a reprodução e divulgação deste trabalho, desde que citada à fonte.

Oliveira, Damiana Rodrigues Lima

**AS TÉCNICAS DA TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL NA IDEAÇÃO
E COMPORTAMENTO SUICIDA**

Damiana Rodrigues Lima de Oliveira, Renata Trigueirinho Alarcon, Eliana Melcher
Martins – São Paulo, 2019.

28 f. + CD-ROM

Trabalho de conclusão de curso (especialização) - Centro de Estudos em Terapia
Cognitivo-Comportamental (CETCC).

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Renata Trigueirinho Alarcon

Coorientadora: Prof^ª. Msc. Eliana Melcher Martins

1 Identificação do suicídio, 2. Prevenção da ideação suicida. I.Oliveira, Damiana
Rodrigues Lima. II. Alarcon, Renata Trigueirinho. III. Martins, Eliana Melcher.

Damiana Rodrigues Lima de Oliveira

As Técnicas da Terapia Cognitivo-Comportamental na ideação e no 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: _____

Prof. _____

Parecer: _____

Prof. _____

São Paulo, _____ de _____ de _____

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho primeiramente á Deus, por ser essencial em minha vida e a todos que contribuíram para o desenvolvimento do mesmo.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente á Deus por ter me concedido a saúde para levar adiante o curso e a todos que contribuíram para o desenvolvimento do mesmo.

RESUMO

O presente trabalho teve como objetivo mapear, por meio de levantamento bibliográfico exploratório, em livros e artigos periódicos, as técnicas da terapia cognitivo-comportamental utilizadas na ideação e no comportamento suicida. Também, apresentar as características epidemiológicas do suicídio, uma vez que esse é um problema complexo no qual não existe uma única causa ou razão. Apresentar a importância da atuação que a terapia cognitivo-comportamental tem oferecido no tratamento e na prevenção da ideação e comportamento suicida, propondo amenizar o sofrimento psíquico e emocional com objetivo de educar o paciente a reconhecer as cognições negativas, a superar seus pensamentos disfuncionais suicidas substituindo por pensamentos funcionais. Com a revisão bibliográfica verificou-se que, para que se tenha um bom resultado, o terapeuta pode utilizar algumas técnicas da TCC como: resolução de problemas, reestruturação cognitiva, busca de apoio social, manejo de impulsos e prevenção à recaída. É válido ressaltar que o terapeuta também deve incluir ações no âmbito familiar, social e profissional do indivíduo. As técnicas podem ajudar os pacientes perceberem que a mudança é possível, pode ajudar o paciente a neutralizar a desesperança.

Palavras-chave: prevenção do suicídio, prevenção da ideação suicida, comportamento suicida, Crenças Distorcidas, Terapia Cognitivo-Comportamental.

ABSTRACT

The objective of this study was to map, through an exploratory bibliographical survey, in books and periodical articles, cognitive-behavioral therapy techniques used in suicidal ideation and behavior. Also, to present the epidemiological characteristics of suicide, since this is a complex problem in which there is no single cause or reason. To present the importance of the action that cognitive-behavioral therapy has offered in the treatment and prevention of suicidal ideation and behavior, proposing to alleviate psychic and emotional suffering in order to educate the patient to recognize the negative cognitions, to overcome his suicidal dysfunctional thoughts, replacing by functional thoughts. With the bibliographic review, it was verified that in order to have a good result the therapist can use some techniques of CBT such as: problem solving, cognitive restructuring, social support search, impulse management and relapse prevention. It is worth emphasizing that the therapist must also include actions within the family, social and professional scope of the individual. Techniques can help patients realize that change is possible, can help the patient neutralize hopelessness.

Keywords: suicide prevention, suicide ideation prevention, suicidal behavior, Distorted Beliefs, Cognitive-Behavioral Therapy.

SUMÁRIO

| | |
|--|----|
| 1 INTRODUÇÃO | 8 |
| 2 OBJETIVO..... | 11 |
| 3 METODOLOGIA | 12 |
| 4 RESULTADOS..... | 13 |
| 4.1 A Ideação Suicida/comportamento | 13 |
| 4.2 Falando sobre a prevenção e a conscientização | 14 |
| 4.3 As técnicas da Terapia Cognitivo-Comportamental na ideação e no comportamento suicida | 16 |
| 5 DISCUSSÃO | 22 |
| 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS | 24 |
| REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 26 |
| ANEXO..... | 28 |

1 INTRODUÇÃO

Segundo dados da OMS (2014), a despeito de ser um tema delicado, falar sobre suicídio é necessário, pois, de acordo com Organização Mundial da Saúde (OMS), cerca de 90% dos suicídios poderiam ter sido prevenidos. No entanto, para que tal prevenção ocorra, é essencial o acesso à ajuda profissional ou voluntária, seja ela pública ou privada.

Segundo dados da OMS (2014), dentre as medidas preventivas, a primeira está relacionada ao estudo e aprendizado do assunto, com o objetivo de se afastar o medo de falar sobre suicídio, derrubar os tabus e compartilhar informações apropriadas ligadas ao tema.

Isso é relevante, pois, conforme estudo realizado pela OMS[1], a maioria das pessoas que está pensando em se suicidar ou que já se suicidaram, não procuraram por ajuda e acabaram por não receber o auxílio necessário. Referido estudo ainda salienta “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” (OPAS/OMS, 2016).

O fenômeno do suicídio é bastante complexo, envolvendo variados aspectos, tais como questionamentos, no sentido de que (i) a pessoa que consumou o suicídio é descrita como vítima; ou, (ii) ela é a única vítima?

Verifica-se que as pessoas próximas suicidas, por exemplo, familiares, transformam-se em vítimas dessa morte e podem ter nessa experiência fonte de muito sofrimento, além de aumentar o risco de comportamentos suicidas e o desenvolvimento de patologias (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIÁTRICA, ABP; CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, CFM, 2017).

O suicídio envolve uma morte traumática que é capaz de gerar consequências severas aos familiares, amigos e para os profissionais que lidaram com essa perda. Por essa razão, muito embora o suicídio seja um ato que acompanha a história da humanidade, fato é que necessita de maior atenção para que medidas efetivas possam diminuir o crescente número de suicídios no mundo (ASSOCIAÇÃO

BRASILEIRA DE PSIQUIÁTRICA, ABP; CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, CFM, 2017).

De acordo com a Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP 2014, p.52)

O suicídio, há anos, é a segunda causa de morte em jovens dos 15 aos 29 anos de idade. Em mulheres, é a principal causa de mortalidade na faixa etária dos 15 aos 19 anos. Apesar de ser o desfecho trágico decorrente de diversos fatores. É equivocado associar o suicídio a uma única causa. Estudos mostram que mais de 90% das vítimas apresentavam pelo menos um transtorno psiquiátrico, especialmente a depressão, considerada o principal fator de risco para o suicídio.

O suicídio, segundo Ariès (1982, apud Souza, 2005), não combina com uma boa morte, ferindo a coerência e o sentido da vida. A morte é um processo natural de todo ser humano, este processo natural deixa de existir quando os sujeitos rompem com a sua imprevisibilidade ao provocar a própria morte. O termo suicídio é considerado um tema que provoca diversas discussões teóricas sobre ser um ato consciente, voluntário e ou intencional. Muitas vezes os suicídios ocorrem quando os sujeitos apresentavam à época alguma perturbação do pensamento, colocando em questionamento a existência da consciência da intencionalidade ou da voluntariedade a respeito do ato. (CASSORLA, 2004).

De todos os tipos de doenças psiquiátricas, a relação entre a depressão e os atos suicidas têm 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.

Os fatores de riscos podem estar relacionados aos transtornos mentais, transtornos de humor, transtornos decorrentes de substâncias psicoativas, transtornos de personalidade e transtornos de ansiedade (BOTEGA, 2006).

De acordo com estudos o perfil desses sujeitos é do sexo masculino, faixa etária entre 15 a 35 anos e acima dos 75 anos, residente em áreas urbanas, estar desempregado, ter isolamento social, ser solteiro ou separado, ter vivenciado perdas recentes de figuras parentais, ambiente familiar conturbado, apresentarem personalidade com traços de impulsividade e agressividade, condições clínicas significativas como, lesões desfigurantes, neoplasias malignas e AIDS (BOTEGA, 2006).

Além de conhecer os fatores de risco, é preciso quantificar o risco de suicídio. Baixo risco, a pessoa teve pensamentos suicidas, mas não fez nenhum plano, médio risco, a pessoa tem pensamentos e planos, mas não de cometer imediatamente e alto risco a pessoa tem um plano definido, tem os meios para fazê-lo e planeja fazê-lo prontamente (BOTEGA, 2006)

O processo terapêutico da TCC com o paciente com pensamentos suicidas tem similaridades com o processo terapêutico da TCC para pacientes com depressão, com transtornos de ansiedade, dentre outros (Wenzel, 2010 apud MARBACK e PELISOLI, 2014). A TCC com o paciente suicida se atenta aos problemas de vida do indivíduo, especialmente se estes estiverem concatenados com crises suicidas. Nesse sentido, busca-se a prevenção do suicídio, seja com estratégias que modifiquem a ideação ou intenção suicida, seja com estratégias que provoquem esperança para o futuro (WENZELI, 2010 apud MARBACK e PELISOLI, 2014).

O ponto fundamental é que o terapeuta tenha um plano de ação para gerar mudança nas cognições, emoções e nos comportamentos do paciente. Trata-se de uma aliança terapêutica estabelecida que pode contribuir para a redução da desesperança e dos pensamentos suicidas (SUDAK, 2012, apud MARBACK e PELISOLI, 2014).

Percebe-se que existem algumas características peculiares no paciente suicida, tais como déficit comportamental, fracasso no uso de habilidades aprendidas, bem como na aplicação de recursos disponíveis durante as crises suicidas. Nesses casos, observa-se que os pensamentos automáticos e as crenças centrais desadaptativas impedem o uso das habilidades e recursos (WENZEL, 2010 apud MARBACK e PELISOLI, 2014).

Dessa forma, tem-se que a TCC tem como objetivo a diminuição de possíveis atos suicidas, a partir de algumas estratégias e técnicas, tais como, treino de habilidades para resolução de problemas; promoção de estratégias que ampliem a ligação do paciente com suas redes sociais de apoio; incentivo ao paciente à busca pelos tratamentos psiquiátricos, e serviço social concomitante ao processo psicoterapêutico [R3] (HENRIQUES, BECK, & BROWN, 2003; WENZEL, 2010 apud MARBACK e PELISOLI, 2014).

2 OBJETIVO

Este estudo teve como objetivo apontar a identificação e a prevenção do comportamento suicida, bem como, abordar a importância das técnicas da Terapia Cognitivo-Comportamental no tratamento de pacientes que apresentam um comportamento ou uma ideação suicida.

3 METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa bibliográfica e documental. Foram pesquisados artigos publicados entre 1990 a 2017, sobre o comportamento suicida e as Técnicas da Terapia Cognitivo-Comportamental. Foram utilizados para busca de artigos bases de dados como: Scielo, BVS, Pepsic e Google Acadêmico.

Critérios de inclusão foram textos, livros e artigos em português, que contêm o tema do comportamento suicida e da Terapia Cognitivo-Comportamental no tratamento ao comportamento suicida.

Critérios de exclusão foram os textos, livros e artigos sem relação com o tema e artigos publicados em língua diferente do português (exceto duas referências em inglês).

Palavras-chave em português: prevenção do suicídio, prevenção da ideação suicida, comportamento suicida, Crenças Distorcidas, Terapia Cognitivo-Comportamental.

4 RESULTADOS

4.1 A IDEIAÇÃO SUICIDA/COMPORTAMENTO

O conceito de suicídio é considerado um ato complexo e repleto de divergências, o que determina que o quanto instáveis e diversas são as definições correntes de ideação suicida. O DSM-V (2014) reconhece que há limitação e interrogações em torno do conceito de Transtorno Mental, sugerindo que há alguma forma de comportamento expresso associado e que pode ser visualizado. De certa forma, atribui maior evidência ou risco à ideação suicida, considerando-a na iminência de um ato, porém os pensamentos e os planos também são considerados como comportamentos suicidas.

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

Segundo Bortega et.al (2005, apud ABP 2014), 17% das pessoas no Brasil pensaram, em algum momento, em tirar a própria vida, 01% foram atendidas em pronto-socorro, 03% tentaram contra a própria vida, 5% planejaram o suicídio e 17% pensaram em cometer o suicídio.

Segundo Bertolote & Fleischmann (2002), os transtornos mentais, tais como, a depressão e o transtorno do humor bipolar são considerados os principais fatores de riscos para o comportamento suicida. Fatores como a desesperança, desespero, desamparo e impulsividade, idade, gênero, doenças clínicas não psiquiátricas, eventos adversos na infância e na adolescência, história de família e genética e fatores sociais são considerados fatores de risco.

O conhecimento referente aos fatores de riscos pode auxiliar na tentativa de redução do risco, uma vez que ainda não se pode prever exatamente quem irá se suicidar. Os principais fatores de risco é a tentativa de suicídio e a doença mental. Pacientes que tentaram suicídio previamente tem de cinco a seis vezes mais chances de tentar o suicídio novamente. Quase todos os suicidas apresentam doença mental, os transtornos psiquiátricos mais comuns incluem depressão,

transtorno bipolar, alcoolismo e abuso/dependência de outras drogas (BERTOLOTE et al., 2002, apud ABP, 2014).

A depressão é a maior causa de incapacitação no mundo, quase 800.000 pessoas se suicidam por ano no mundo, o que equivale a um suicídio a cada 4 segundos e a relação com a depressão é clara. O transtorno de humor bipolar inclui-se nesta estatística uma vez que o maior risco de suicídio encontra-se nas fases de depressão OMS (2017).

De acordo com o DSM-V (2014), a depressão é caracterizada pelo humor deprimido, perda de interesse, perda de apetite, mudança no padrão de sono, mudança no padrão de sono, redução da capacidade de concentração, fadiga, ideação ou planejamento suicida bem como ideias de culpa e inutilidade. Já o transtorno do humor bipolar é caracterizado pela fase depressiva apresentando os mesmos sintomas da depressão, na fase maníaca ocorre a auto-imagem inflada ou grandiosidade, menor necessidade de sono, aumento da velocidade do pensamento, falta de concentração e exposição a situações de risco.

Segundo a OMS (2014), muitos indivíduos que já tentaram cometer o suicídio estava sob efeito de álcool e/ou uso de alguma outra droga, sem serem dependentes.

A OMS (2014) aponta três características psicopatológicas comuns no estado mental dos suicidas. São elas: a ambivalência que se refere ao desejo de viver e morrer, cuja urgência do indivíduo é sair da dor e do sofrimento com a morte, porém existe o desejo de sobreviver; a impulsividade que parte de um evento negativo e a rigidez que é quando o indivíduo decide acabar com a sua vida e não ver outras maneiras de enfrentar ou sair do problema.

Geralmente o perfil de uma pessoa com ideação suicida é composto por um sofrimento psicológico acentuado, pensamentos distorcidos e irrealistas, com alto nível de sofrimento e baixa autoestima onde seus valores pessoais estão diluídos e está munido de coragem e determinação para tentar contra a própria vida (KOVASC, 2008, P.113).

4.2 FALANDO SOBRE A PREVENÇÃO E A CONSCIENTIZAÇÃO

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS,2014):

O suicídio é uma grande questão de saúde pública em todos os países. Segundo a OMS, é possível prevenir o suicídio, desde que, entre outras medidas, os profissionais de saúde, de todos os níveis de atenção, esteja aptos a reconhecerem os fatores de risco presentes, a fim de determinarem medidas para reduzir tal risco e evitar o suicídio.

O estigma relacionado a prevenção do suicídio, é considerado atuante pelo fato de envolver fatores religiosos, morais e culturais. Além de ser considerado pela maioria das culturas como um pecado, causando constrangimento e medo de falar abertamente sobre o assunto, assim como a dificuldade em buscar ajuda, e conseqüentemente, a prevenção contra o suicídio.

O preconceito contribui para a formação de um estigma sobre a doença mental e do comportamento suicida, onde o resultado deste processo é fazer com que os indivíduos sintam-se envergonhados, excluídos e discriminados.

A Associação Brasileira de Psiquiatria vem tomando algumas ações em prol da conscientização quanto a prevenção do suicídio, em 2009 foi lançado a cartilha de orientações para profissionais da imprensa “Comportamento Suicida: Conhecer para prevenir”. Em 2014 lançou em parceria com o Conselho Federal de Medicina a cartilha “Suicídio Informando para Prevenir”, que é voltada para profissionais da área de saúde. A ABP trouxe para o Brasil a campanha internacional Setembro Amarelo, que tem como objetivo fazer a prevenção só suicídio, unindo forças durante todo o mês de setembro com ações no Brasil inteiro, apesar de fazer ações o mês de setembro inteiro, o dia 10 de setembro é o escolhido para a comemoração oficial (ABP E CFM, 2017).

Falar sobre a prevenção do suicídio é reforçar a importância da prevenção e de quebrar cada vez mais o estigma e o tabu existente sobre o assunto. Desta forma é importante que os profissionais da área de comunicação sejam preparados para abordar o assunto de forma positiva, ou seja, falar sobre casos de superação das adversidades pode ajudar na prevenção. A parceria entre médicos psiquiatras e profissionais da imprensa, com a meta de informar e, sempre que possível, auxiliar a população exposta ou sob o risco de suicídio (ABP e CFM, 2017)

Em 2005, o Ministério da Saúde lançou o projeto “Plano Nacional de Prevenção do Suicídio”, com o objetivo de desenvolver estratégias de promoção de qualidade de vida e de prevenção de danos, Informar e sensibilizar a sociedade de que o suicídio é um problema de saúde pública que pode ser prevenido, fomentar e

executar projetos estratégicos na rede de atenção e intervenções nos casos de tentativas de suicídio e promover a educação permanente dos profissionais de saúde da atenção básica, inclusive do programa saúde da família (ABP e CFM, 2017)

4.3 AS TÉCNICAS DA TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL NA IDEAÇÃO E NO COMPORTAMENTO SUICIDA

A Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) se apresenta como uma importante estratégia de intervenção nos casos onde o paciente apresenta ideação ou comportamento suicida, por se tratar de uma abordagem estruturada, focada, diretiva e ativa, que tem eficácia no tratamento de diversos transtornos psiquiátricos. Essa abordagem se debruça sobre o pressuposto de que o afeto e o comportamento de uma pessoa são influenciados pela maneira como ela percebe o mundo (BECK et al., 1997).

O diferencial da TCC é o estabelecimento da relação terapêutica que por sua vez é extremamente importante, pois o paciente que tenta o suicídio precisa de alguém para confiar, prezando por uma aliança terapêutica segura que se embasa em cordialidade, atenção, respeito genuíno, empatia e competência. Além de enfatizar problemas atuais e situações que provoquem aflição no paciente. No processo de tratamento, são utilizadas técnicas que visam reestruturação de pensamento, humor e comportamento. Adequando-se ao ritmo e ao funcionamento de cada paciente, evitando assim o risco do desenvolvimento de resistência ao tratamento (BECK, 1997).

Uma aliança terapêutica estabelecida pode contribuir para a redução da desesperança e dos pensamentos suicidas (SUDAK, 2012).

O trato da TCC com o paciente com pensamentos suicidas tem similaridades com o processo terapêutico da TCC para pacientes com depressão, com transtornos de ansiedade, com transtornos de dependência de substância, dentre outros (WENZEL et al., 2010). A TCC com o paciente suicida atua sobre os problemas atuais da vida do indivíduo, mais profundamente se estes estiverem associados com crises suicidas. Sendo assim, torna-se importante atentar para a prevenção do suicídio, seja na busca de estratégias que modifiquem a ideação ou intenção

suicida, seja na busca de estratégias que provoquem esperança para o futuro (WENZEL et al., 2010).

Segundo Wenzel e colaboradores (2010) a forma de intervenção da TCC é focada na maneira como o paciente interpreta cada situação e busca avaliá-la dentro da realidade. O terapeuta tem como função e objetivo educar o paciente, apresentando-lhe o modelo cognitivo, ressaltando as distorções cognitivas e como estão associadas com emoções e comportamento.

E por sua vez o objetivo da TCC não é de oferecer aconselhamento e sim proporcionar meios para que o paciente descubra alternativas de interpretar e responder aos seus problemas, por meio colaborativo, sistemática e científico (WENZEL; BROWM, BECK, 2010 P.94).

Estudo realizado por Brown e colaboradores (2005) aponta que em 10 sessões de TCC é possível reduzir em 50% o risco do paciente propicio á tentativa de suicídio, isso para quadro com o nível significativo de desesperança. Para isso o principal objetivo das sessões deve ser focado no desenvolvimento de estratégias de prevenção de atos suicidas, sendo assim a característica primordial do processo terapêutico consistiu na identificação de pensamentos, imagens e crenças centrais que eram ativadas antes da tentativa de suicídio. Devem ser trabalhados também fatores de vulnerabilidade como, dificuldade na resolução de problemas, dificuldade no controle de impulsos e isolamento social, além da prevenção de recaídas.

Durante o tratamento devem-se identificar as características peculiares de cada paciente, que por sua vez podem ser identificada como, déficit de importantes habilidades cognitivas, comportamentais e afetivas para lidar com determinadas situações; fracasso no uso de habilidades aprendidas, bem como na aplicação de recursos disponíveis durante as crises suicidas (WENZEL et al., 2010).

A TCC busca a diminuição de possíveis atos suicidas, através da aplicação de estratégias e técnicas como, por exemplo, treino de habilidades para resolução de problemas; busca de ferramentas cognitivas para identificar razões para viver e promover esperança; promoção de estratégias que ampliem a ligação do paciente com suas redes sociais de apoio; incentivo ao paciente à busca pelos tratamentos psiquiátricos, e serviço social concomitante ao processo psicoterapêutico (HENRIQUES, BECK, & BROWN, 2003; WENZEL et al., 2010).

O suicido é considerado um fenômeno complexo que por sua vez causa no indivíduo o preconceito para com ele mesmo, de modo que falar sobre o assunto

passa a ser completamente constrangedor, sendo assim é importante que se o terapeuta construa um rapport visando prevenir o abandono prematuro e maximizar a efetividade da estratégia da terapia, além de conduzir com eficácia uma avaliação do problema apresentado, a conceitualização cognitiva do caso absorvida da avaliação psicológica e da descrição da sequencia de eventos que ocorreu antes da crise suicida. A inclusão da família pode ajudar o paciente no tratamento, encorajando a comparecer às sessões, para isso o terapeuta deve estabelecer uma relação de segurança com o paciente, visando minimizar a exposição do mesmo.

Dessa forma, cabe ao terapeuta uma postura ativa com o objetivo de manter a adesão do paciente ao tratamento (HENRIQUES et al., 2003; WENZEL et al., 2010), pois a crença de desesperança, é uma peculiaridade do paciente suicida, tende a afastá-lo do tratamento, deixando-o desacreditado (WENZEL et al., 2010).

O plano de tratamento também deve ser repleto de cuidados e de segurança com o objetivo de garantir a segurança do paciente, sendo assim a elaboração de uma lista de alerta, estratégias de auto ajuda e informações para contatar membros da família, profissionais de saúde mental e serviços de emergência.

Segundo Henriques e colaboradores (2003), logo na fase inicial do tratamento, o engajamento do paciente no processo terapêutico, avalia os riscos de comportamentos suicidas, desenvolver planos para trabalhar possíveis fatores que podem desencadear crises e transmitir esperança para o paciente, orientar o paciente em relação ao modelo cognitivo, desenvolver a conceitualização cognitiva, incluindo as tentativas de suicídio e elaborar a lista de problemas e metas para o tratamento são passos importantes para a eficácia do tratamento em seu período inicial.

A avaliação do risco de suicídio deve ser realizada na fase inicial do tratamento que se refere à ideação suicida; comportamento relacionado ao suicídio; diagnóstico clínico geral e psiquiátrico; vulnerabilidades psíquicas, como a desesperança e fatores psicossociais; história de perdas; abuso físico ou sexual entre outros.

De acordo com (Wenzel et al., 2010) o terapeuta dispõe de alguns instrumentos que favorecem a mensuração de fatores relacionados à ideação suicida e aos atos suicidas, dentre elas estão a intenção associada a uma tentativa anterior, a letalidade de uma tentativa anterior e a severidade da ideação.

Instrumentos como as escalas de Beck são extremamente importantes para auxiliar na coleta de informações. As escalas são divididas em quatro medidas de escala, Inventário de depressão (BDI), inventário de ansiedade (BAI), a escalada de desesperança (BHS) e a escala de ideação (BSI) (CUNHA, 2011 p.04).

O BDI é uma escalada de auto relato que auxilia a medição da depressão, a BAI é utilizado para a medição do nível de ansiedade, BHS é utilizada na mensuração da atual intensidade de comportamentos, planos e atitudes do paciente em relação ao ato suicida é realizada pela Escala de Ideação Suicida, que é composta por 21 itens e requer a classificação do indivíduo em uma escala de quatro pontos dos seus sintomas depressivos ao longo da semana anterior, a escala de Intenção Suicida pode ser utilizada com pessoas que já tentaram ao menos uma vez o suicídio e mensura a seriedade da intenção de cometer o suicídio. É composta por 20 itens que quantificam o comportamento verbal e não verbal do indivíduo antes e durante a tentativa de suicídio mais recente (WENZEL et al., 2010).

O plano de segurança deve conter estratégias criadas para possibilitar a saída do paciente em um momento de crise, evitando futuras tentativas. Este plano deve ser construído e escrito junto com o paciente, registrado em uma lista e, no momento exato, consultado. Nesta lista deve constar o reconhecimento de sinais que em geral antecedem as crises suicidas, a utilização de estratégias que sirvam de enfrentamento à situação, o contato de familiares e/ou outras pessoas de confiança (HENRQUES et al., 2003; WENZEL et al., 2010).

Um dos princípios da TCC é ensinar o paciente a se tornar seu próprio terapeuta, é preciso fazê-lo entender seus pensamentos, emoções e comportamentos, que é a compreensão do modelo cognitivo (BECK, 1997; HENRIQUES et al., 2003).

Depois de realizado o plano de segurança é importante que o terapeuta defina as fases do tratamento com início, meio e fim. Na fase inicial é imprescindível a definição de uma lista de metas do processo terapêutico com o objetivo de direcionar o tratamento, determinando habilidades que precisam ser melhoradas, bem como crenças disfuncionais que têm de ser reestruturadas. Já na fase intermediária é preciso encorajar o paciente a desenvolver competências para lidar com situações adversas, buscando a reestruturação cognitiva e mudança no comportamento.

As estratégias comportamentais, cognitivas e afetivas devem ser direcionadas ao paciente para lidar com a ideação suicida e reduzir ou cessar a possibilidade de

futuras tentativas de suicídio. Essas estratégias devem ser revisadas ao longo do processo terapêutico para garantir que o paciente enfrente as crises suicidas. Deve-se avaliar também a necessidade do acompanhamento de outros profissionais da saúde, como psiquiatras e assistentes sociais (WENZEL et al., 2010).

Essas estratégias cognitivas devem conter habilidade para que o paciente identifique pensamentos e crenças negativas, as cognições que afetam os sentimentos e comportamentos. É importante estabelecer com o paciente o uso de lembretes que contenham itens que identifiquem razões para viver, itens que auxiliem a lidar com a desesperança ou ideação suicida, resgatando pensamentos adaptativos durante a crise (WENZEL e COLABORADORES, 2010).

Na fase avançada do tratamento, é primordial trabalhar a prevenção de recaídas para crises suicidas, a importância de retomar atividades apreendidas nas fases anteriores. Sendo assim, é necessária avaliação pelo terapeuta do aprendizado e da aplicação de habilidades do paciente para lidar com a crise suicida, propondo alguns passos a serem seguidos (WENZEL E COLABORADORES, 2010 apud rbtc 2015).

1. Preparação: compreensão do paciente; descrição de reações emocionais negativas e discussão de estratégias para lidar com elas; obtenção do consentimento do paciente.

2. Revisão da crise suicida recente: avaliação da capacidade do paciente de produzir uma imagem, caso ele não consiga, é preciso ensiná-lo; estabelecimento da cena e solicitação da descrição no tempo verbal presente, na forma mais real possível; destaque aos pensamentos, emoções, comportamentos e situações significativas para o desencadeamento da crise.

3. Revisão da crise suicida recente usando habilidades: solicitação da descrição em tempo verbal presente da sequência de eventos que desencadearam a crise; incentivo ao paciente a discriminar as estratégias de coping e respostas a tal situação.

4. Revisão de crise suicida futura: solicitação ao paciente que imagine e descreva situações que podem desencadear crises suicidas futuras; busca de pensamentos, emoções, comportamentos e situações que podem provocar a crise; incentivo à descrição das estratégias de coping e respostas emitidas pelo paciente para tais eventos.

5. Debriefing e seguimento: o paciente deve falar acerca do que aprendeu com os exercícios; identificação de questões emergentes durante os exercícios que

ainda são consideradas problemas; caso o paciente ainda esteja com ideações suicidas, determinar um plano para ele lidar com elas; revisão do plano de segurança; oferecimento de sessões adicionais de tratamento ou disponibilidade para contato telefônico para o paciente (WENZEL E COLABORADORES, 2010 apud rbtc 2015).

De acordo com Botega e colaboradores (2006), é por meio de atitudes que tenham caráter acolhedor que se torna possível proporcionar atenção, interesse e preocupação, que estimulam o sentimento de esperança no indivíduo, Sendo assim, as técnicas como a aliança terapêutica vão fomentar as bases de uma relação, por onde vão desdobrar-se as técnicas cognitivas e comportamentais específicas para o problema, as estratégias objetivas como resolução de problemas, busca de apoio social, manejo de impulsos e prevenção à recaída. Tornam-se importantes quando aliadas ao o processo terapêutico a outras estratégias, também fundamentais ao tratamento do paciente suicida, como ações no âmbito familiar, social e profissional do indivíduo, sempre as direcionando a favor da sua saúde mental.

5 DISCUSSÃO

O suicídio é considerado um fenômeno com uma dinâmica muito complexa. No entanto, a realização deste trabalho desencadeou questões importantes sobre a problemática de abordar este tema, que ainda é considerada um tabu e desperta medo nas pessoas, dado que para muitas culturas há uma valorização da vida e a depreciação da morte.

A dificuldade de se falar abertamente acerca do assunto contribui para silenciar o diálogo e especialmente as especulações sobre o tema.

Apesar de o suicídio estar presente na maior parte dos países, sendo que no Brasil está em oitavo lugar no ranking de morte por suicídio, campanhas de prevenção, como, por exemplo, o “Setembro Amarelo”, que é uma iniciativa do Centro de Valorização da Vida (CVV), apoiadas pela Organização Mundial da Saúde (OMS), juntamente com a Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP) e Conselho Federal de Medicina (CFM), com a finalidade de amenizar este tabu e de conscientizar a população sobre o assunto propriamente dito, são insuficiente, pois não chegam ao conhecimento de todos, alcançando apenas parte da população.

Para maior efetividade, o ideal seria que a prevenção fizesse parte das ações de cidadania e não somente governamentais, pois os indivíduos com ideação ou comportamento suicida estão vulneráveis às influências ambientais, sociais e culturais podendo ter seus reflexos de natureza construtiva ou destrutiva.

A conscientização dos familiares também é primordial, na medida em que são as pessoas mais próximas e que podem agir prontamente perante a exposição do indivíduo a uma situação de risco. No entanto, existe uma grande dificuldade de aceitação por parte dos familiares, uma vez que envolve questões culturais, religião ou até mesmo por acreditar que o ato não será finalizado.

É extremamente importante que os profissionais da saúde também estejam engajados no sentido de conhecimento sobre o assunto e sobre os dados estatísticos referentes ao número de suicídios frequentes no Brasil, além da importância de estarem capacitados para identificarem precocemente.

Mas, infelizmente, devido à falta de recursos e pelo alto índice de demandas, principalmente no Sistema Único de Saúde (SUS), este assunto é praticamente nulo,

uma vez que a prioridade é para atender as demandas relacionadas a doenças consideradas pelos profissionais da saúde com maior nível de gravidade, por exemplo, o câncer.

Dentre todas os profissionais envolvidos com essa problemática, o papel do psicólogo clínico é um dos mais atuantes, sendo que o principal trabalho dele é a promoção da vida deste indivíduo, fazendo com que o paciente tenha consciência de seus problemas e de seu sofrimento.

Neste contexto, a Terapia Cognitivo-comportamental tem apresentado resultados satisfatórios no tratamento da ideação e do comportamento suicida, por tratar de uma abordagem estruturada, focada, diretiva e ativa, provocando respostas mais rápidas quando comparada a outras abordagens. Um dos maiores benefícios da TCC é que ele ajuda os clientes a desenvolverem a habilidade de enfrentamento que podem ser úteis tanto agora como no futuro.

Ainda assim a TCC é vista como uma abordagem que ensina o paciente a reforçar o “pensamento positivo”, o que não é bem uma verdade, pois na realidade a técnica tem a capacidade de instalar no paciente pensamentos mais realistas e funcionais, na extensão em que se pode conhecer a realidade, auxiliando o julgamento mais claro dos fatores desencadeantes.

Esse trabalho apresentou como limitação a pesquisa basicamente em artigos e livros em português. Possivelmente, com um estudo mais amplo, será possível encontrar mais informações relevantes sobre a TCC na ideação e comportamento suicida.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com base na revisão bibliográfica e nos estudos de diversos autores, foi possível analisar a amplitude do suicídio, e como se torna complexo estudá-lo, uma vez que esta temática ainda é considerada um tabu. Porém, mesmo que em passos curtos, este tema vem tomando espaço entre profissionais da área da saúde, seja do setor privado ou do setor público.

Estudos apontam que o suicídio é denominado como um problema de saúde pública, porém na tentativa de evitar mais casos, muito pouco se falava sobre o assunto, mesmo que essa colocação estivesse completamente inadequada, pois falar sobre a problemática do suicídio não provoca o suicídio. Partindo deste princípio, os órgãos governamentais cada vez mais tem abordado o assunto através de campanha de prevenção, como, por exemplo, o “Setembro Amarelo”, que é uma iniciativa do Centro de Valorização da Vida (CVV), apoiadas pela Organização Mundial da Saúde (OMS), juntamente com a Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP) e Conselho Federal de Medicina (CFM).

Ao realizar este trabalho foi possível compreender a problemática do suicídio e entender que é necessário amparar a saúde mental dos indivíduos com profissionais capacitadas para tal cuidado, além da conscientização de familiares e das pessoas do convívio do indivíduo, visando a preservação da vida deste indivíduo.

Dentre os profissionais da saúde envolvidos no amparo ao indivíduo que apresenta ideação e ou comportamento suicida, o terapeuta cognitivo-comportamental pode tornar-se um alicerce seguro, uma vez que o objetivo principal do seu trabalho é gerar algum grau de esperança no paciente suicida, além de trabalhar seus pensamentos disfuncionais e enfrentamento de problemas.

Para que se tenha um bom resultado, o terapeuta pode utilizar técnicas da TCC como: a aliança terapêutica que é o foco fundamental para amparar estratégias mais objetivas como, resolução de problemas, reestruturação cognitiva, busca de apoio social, manejo de impulsos e prevenção à recaída. É válido ressaltar que o terapeuta também deve incluir estratégias no âmbito familiar, social e profissional do

indivíduo. As técnicas podem ajudar os pacientes perceberem que a mudança é possível, pode ajudar o paciente a neutralizar a desesperança.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. DSM 5, Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais; 5. ed.. Porto Alegre : Artmed, 2014.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA. Comissão de Estudos e Prevenção de Suicídio. Brasília, 2014.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA. Comportamento suicida: conhecer para prevenir. Rio de Janeiro, 2009.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA. Suicídio: informando para viver. Brasília, 2014.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA e CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Preocupação com assistência psiquiátrica no País e apoiam tentativa de correção de rumos no âmbito do Ministério da Saúde. 2017. Disponível em: https://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=27180:2017-09-20-17-18-33&catid=3. Acesso em: 04 de junho de 2018.

BECK, J. S. Terapia cognitiva: Teoria e prática. Porto Alegre: Artmed, 1997.

BERTOLETE, J. M.; FLEISCHMANN, A. Suicide and psychiatric diagnosis: A worldwide perspective. World Psychiatry, 2002.

BOTEGA, N.J. et al. Prevenção do Comportamento Suicida. Psico. Vol. 37, n. 3, Porto Alegre, 2006.

CASSORLA, R.; BOTEGA B. S. G. Suicídio e autodestruição humana. Porto Alegre: Artmed, 2004.

CUNHA, J.A. Manual da versão em português das escalas Beck. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2001.

HENRIQUES, G., BECK, A. T., & BROWN, G. K. Cognitive therapy for adolescent and young adult suicide attempters. American Behavioral Scientist, 2003. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1177/0002764202250668>. Acesso em 04 de junho de 2018.

KÓVACS, M. J. Educação para a morte: temas e reflexões. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003.

LONNQVISK, J.K. Psychiatric aspects of suicidal behavior: depression. In: Hawton K, van Heeringen K, editors. The International handbook of suicide and attempt suicide. Chichester; Wiley: 2000.

MARBACK, R. F.; PELISOLI, C. Terapia cognitivo-comportamental no manejo da desesperança e pensamentos suicidas, Revista Brasileira de Terapia Cognitiva. São Paulo, vol.10. Dez .2014.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Mais de 90% dos suicídios são evitáveis, garantem psiquiatras. 2017. Disponível em: <https://emails.estadao.com.br/noticias/comportamento,mais-de-90-dos-suicidios-sao-evitaveis-garantem-psiquiatras,70001958899>. Acesso em 04 de Junho de 2018.

SOUZA, N.R. Sobrevivendo ao Suicídio: estudo sociológico com famílias de suicidas em Curitiba. 2013. 212 f. Dissertação (Mestrado apresentada ao Setor de Ciências Humanas, Letras e Arte) - Universidade Federal do Paraná, Curitiba. 2013.

SOUZA, N.R.; RASIA, J. M. Modelo de Reação Familiar ao Suicídio. Departamento de Sociologia, Universidade Federal do Paraná. Curitiba .2005.

SUDAK, D.; A terapia cognitiva e o mindfulness, Revista Brasileira de Terapia Cognitiva, São Paulo, v. 08. Dez.2012.

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

Termo de Responsabilidade Autoral

Eu **Damiana Rodrigues Lima de Oliveira**, 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 **“As técnicas da terapia cognitivo-comportamental na ideação e no 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)