

SUICIDE FROM THE PERSPECTIVE OF COGNITIVE-COMPORTMENTAL THERAPY: Possible Therapeutic Interventions



## SUICÍDIO SOB A PERSPECTIVA DA TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL: Possíveis Intervenções Terapêuticas

TÓDERO, Amanda Rodrigues; PEREIRA, Luíz Renato; BARBOSA, Stela do Lago; TEODORO, Gleiciane; GIGANTE, Priscila Cristina da Silva; PIMENTA, Christiane Navarra Frogeri; RIBEIRO, Denise Costa; CÂMARA, Victor Mayer dos Santos; BUENO, Flaviana Neias; REZECK, Fabio

-  **Amanda Rodrigues Tódero**, UNIFENAS, Brasil
-  **Luíz Renato Pereira**, UNIFENAS, Brasil
-  **Stela do Lago Barbosa**, UNIFENAS, Brasil
-  **Gleiciane Teodoro**, UNIFENAS, Brasil
-  **Priscila Cristina da Silva Gigante**, UNIFENAS, Brasil
-  **Christiane Navarra Frogeri Pimenta**, UNIFENAS, Brasil
-  **Denise Costa Ribeiro**, UNIFENAS, Brasil
-  **Victor Mayer dos Santos Câmara**, UNIFENAS, Brasil
-  **Flaviana Neias Bueno**, UNIFENAS, Brasil
-  **Fabio Rezek**, UNIFENAS, Brasil

**ABSTRACT:** This literature review article addresses the relevance and potential therapeutic interventions of Cognitive-Behavioral Therapy (CBT) in the context of suicidal behavior. The complexity of suicide is emphasized, making psychotherapy, particularly CBT, a valuable tool in prevention and treatment. The importance of psychologists paying attention to warning signs, assessing risks, and understanding emotional difficulties, considering various aspects of the patient's life, is underscored. Multidisciplinary work is emphasized to promote effectiveness in mental health promotion. The results highlight that CBT, by addressing behavioral, emotional, and cognitive factors, is effective in reducing psychological distress and preventing relapses. The therapeutic alliance is vital to allow patients to express their vulnerabilities. However, the study acknowledges limitations, such as dependence on available sources, and emphasizes the need for integrative approaches for a comprehensive understanding of suicidal behavior.

**KEYWORDS:** Suicide. Intervention. Cognitive Behavioral Theory.

**RESUMO:** Este artigo de revisão bibliográfica aborda a relevância e potenciais intervenções terapêuticas da Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) no contexto do comportamento suicida. Destaca-se a complexidade do suicídio, tornando a psicoterapia, especialmente a TCC, uma ferramenta valiosa na prevenção e tratamento. Sublinha-se a importância da atenção dos psicólogos aos sinais de alerta, avaliação de riscos e dificuldades emocionais, considerando diversos aspectos da vida do paciente. O trabalho multidisciplinar é enfatizado para promover eficácia na promoção de saúde mental. Os resultados evidenciam que a TCC, ao abordar fatores comportamentais, emocionais e cognitivos, é eficaz na redução do sofrimento psíquico e prevenção de recaídas. A aliança terapêutica é vital para permitir que os pacientes expressem suas vulnerabilidades. No entanto, o estudo reconhece limitações, como a dependência de fontes disponíveis, e destaca a necessidade de abordagens

Revista Científica da UNIFENAS  
Universidade Professor Edson Antônio Velano, Brasil  
ISSN: 2596-3481  
Publicação: Mensal  
vol. 6, nº. 2, 2024  
revista@unifenas.br

Recebido: 13/03/2024  
Aceito: 14/03/2024  
Publicado: 15/03/2024

URL: <https://revistas.unifenas.br/index.php/revistaunifenas/issue/view/48>

DOI:

integrativas para uma compreensão mais abrangente do comportamento suicida.

**PALAVRAS-CHAVE:** Suicídio. Intervenção. Teoria Cognitivo Comportamental.

## 1 INTRODUÇÃO

O fenômeno do suicídio tem sido analisado através de diversas perspectivas ao longo do tempo, despertando interesse em campos como filosofia, sociologia e teologia<sup>1</sup>. Contudo, foi durante o século XIX, marcado pela Revolução Industrial e suas conseqüentes mudanças sociais, que se iniciou um processo de descriminalização do suicídio. Esse período também testemunhou um aumento substancial nos estudos científicos sobre o tema, abrangendo áreas como estatística, bioética e neurociências<sup>1</sup>. A partir da década de 1990, a Organização Mundial da Saúde passou a abordar o suicídio como uma questão de saúde pública, divulgando dados estatísticos e promovendo estudos científicos. Esse enfoque global visava mobilizar os países para desenvolver estratégias de prevenção. Antes desse período, a responsabilidade pela prevenção muitas vezes recaí sobre organizações não governamentais, frequentemente associadas a instituições religiosas e filantrópicas<sup>1</sup>.

Considera-se suicídio todo caso de morte que resulta direta ou indiretamente de um ato, seja positivo ou negativo, realizado pela própria vítima, que previa o resultado. Já a tentativa de suicídio se caracteriza pelo ato, conforme previamente definido, porém interrompido antes que dele resulte morte<sup>2</sup>. De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), suicídio é o ato deliberado de matar a si mesmo<sup>3</sup>.

A Terapia Cognitivo Comportamental é uma abordagem de psicoterapia ativa, semiestruturada e limitada em relação ao tempo, cujo objetivo é avaliar problemas de saúde mental e de adaptação<sup>4</sup>. É descrita como ativa, uma vez que o terapeuta trabalha de forma colaborativa, tendo papel ativo do paciente tanto durante a sessão quanto em sua rotina, para alcançar os objetivos propostos no início do processo psicoterapêutico; semi estruturada visto que o terapeuta, de forma flexível, organiza as sessões e o curso do tratamento; e limitada, considerando a perspectiva em relação ao tempo de tratamento, de que em algum momento ele será concluído e o paciente terá ferramentas terapêuticas para tornar “seu próprio terapeuta”<sup>4</sup>. O empirismo colaborativo entre terapeuta e paciente, a natureza focal no problema, a estrutura, a ênfase psicoeducacional e o uso de tarefas de casa são aspectos característicos dessa abordagem<sup>4</sup>.

No século XII, a morte passou a ser considerada algo comum à espécie humana, sendo aguardada

no hospital, assistida até por crianças. No século XVIII, surge uma nova visão sobre a morte, agora ideias de finitude e imagens de decomposições físicas em pinturas e na literatura, dando espaço para uma preocupação sobre a vida<sup>5</sup>.

O presente artigo tem como objetivo geral descrever a perspectiva da Teoria Cognitiva Comportamental sob o Suicídio, baseando-se na literatura dos últimos dez anos (2013-2023), e sistematizar possíveis intervenções psicoterapêuticas, considerando o recorrente aparecimento de questões relacionadas na prática clínica, a fim de auxiliar na atuação de estagiários e profissionais da psicologia clínica.

## 2 METODOLOGIA

Esta pesquisa é estudo do tipo revisão de literatura, sendo a seleção de artigos através dos critérios: produção nos últimos dez anos, publicação na língua portuguesa, disponibilidade em periódicos científicos ou sites de universidades<sup>6</sup>.

A base de dados Google Acadêmico foi escolhida como principal fonte de pesquisa devido à sua abrangência e relevância na área. A estratégia de busca foi elaborada com a utilização de termos-chave específicos relacionados à área de estudo, otimizando a identificação de trabalhos relevantes. A seleção dos artigos ocorreu em duas etapas: triagem inicial com base nos títulos e resumos; leitura completa dos textos selecionados para verificar a conformidade com os critérios de inclusão. A análise dos dados envolveu a extração de informações relevantes dos artigos, abrangendo avanços, desenvolvimentos e descobertas na área clínica relacionada ao suicídio<sup>6</sup>.

A revisão foi conduzida seguindo princípios éticos, respeitando os direitos autorais e garantindo a confidencialidade das informações extraídas dos artigos selecionados.

## 3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

O suicídio é um fenômeno complexo, um problema de saúde pública mundial. De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), 800 mil pessoas morrem por ano em todo o mundo. De acordo com o Boletim Epidemiológico da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde<sup>7</sup> no Brasil, o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) registrou 48.200 casos de tentativas de suicídio, deles 33.269 casos foram cometidos por mulheres e 14.931 por homens<sup>7</sup>.

Os filósofos clássicos foram os primeiros a se engajar com a temática, Sêneca (4 a.C – 65 d.C.) (Em latim: Lucius Annaeus Seneca), por exemplo, dizia que o suicídio era um tipo de vantagem que o ser humano possuía sobre as demais espécies, sendo uma possibilidade de “fuga” da vida, metaforicamente, uma transcendência que poderia acontecer por espontânea vontade<sup>1,5</sup>.

A sociologia também tem o suicídio como objeto de estudo, levando em conta os fatores sociais que adoecem o indivíduo. No início da sociologia, o suicídio foi classificado por Émile Durkheim (1858-1917), autor de “O suicídio” (1897), como um fato social e que estaria presente

em todas as sociedades humanas. Posteriormente, Durkheim classificou o suicídio como sendo uma anomia social<sup>5</sup>.

Os termos e definições comumente utilizados para caracterizar indícios de comportamentos pertinentes ao suicídio compreendem: o suicídio, que se caracteriza pelo comportamento autoinflingido que acarrete a morte; tentativa de suicídio, se caracteriza pelo comportamento autoinflingido não fatal, mas que tem por finalidade a morte; ato suicida, ação eminentemente perigosa direcionada a si; e ideação suicida, refere-se as cognições (pensamentos, imagens, vozes e/ou crenças) do indivíduo que estejam relacionadas de forma intencional sobre o fim da própria vida<sup>4,8,9</sup>.

O elevado número de mortes por suicídio é preocupante, e a possibilidade de subnotificação nos dados pode prejudicar a compreensão real da extensão do problema, transformando-o em uma questão global de saúde pública. Além disso, as tentativas e atos suicidas têm impactos significativos tanto a nível social quanto econômico, gerando efeitos psicológicos e sociais não apenas no indivíduo envolvido, mas também em sua família e círculo social<sup>9</sup>.

Os elementos que aumentam o risco de suicídio podem ser categorizados como fatores predisponentes e precipitantes<sup>8</sup>. Os fatores predisponentes são aqueles que tornam o indivíduo mais suscetível ao suicídio e incluem condições como transtornos psicológicos, histórico de suicídio na família, impulsividade/agressividade e experiências de abuso. Por outro lado, os fatores precipitantes são eventos ou situações mais imediatas que podem desencadear uma crise suicida. Exemplos desses fatores incluem dificuldades financeiras repentinas, separação conjugal, conflitos familiares e outros desafios que estão mais próximos do momento presente do indivíduo<sup>9</sup>. A compreensão desses fatores é crucial para o desenvolvimento de estratégias eficazes de prevenção e intervenção<sup>9</sup>.

Podemos também destacar as dificuldades de acesso aos serviços de saúde; o estigma associado à busca de ajuda; desastres, guerras e conflitos entre os povos como fatores de risco para o suicídio<sup>10</sup>. Outro ponto clínico crucial a ser destacado é que uma tentativa de suicídio representa o principal fator de risco para a concretização bem-sucedida desse intento no futuro<sup>10</sup>. Portanto, é essencial abordar essas tentativas com seriedade, considerando-as como sinais de alerta que indicam a presença de fenômenos psicossociais complexos. Oferecer uma atenção especial a indivíduos que tenham tentado suicídio é uma das estratégias fundamentais para prevenir futuros episódios, reconhecendo a importância de intervenções e

apoio adequados nesses casos.

Os transtornos mentais têm significativa associação com comportamento suicida<sup>4,11,12</sup>. O risco de suicídio varia de acordo com o transtorno mental, sendo associado mais comumente à depressão e aos transtornos por uso de álcool. O risco de suicídio é estimado em 4% dos pacientes com transtornos do humor; 5% em pessoas com esquizofrenia; 7% em dependentes de álcool; e 8% em pessoas com transtorno afetivo bipolar<sup>12</sup>.

A única diferença entre um ato suicida e o suicídio é o desfecho, apesar de haver características semelhantes entre comportamento e ato, ambos geram impactos negativos na vida de uma pessoa<sup>5</sup>.

Os dados acerca da mortalidade por suicídio no Brasil têm como fonte as informações presentes nos atestados de óbito, sendo compilados pelo Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) do Ministério da Saúde. No entanto, é relevante observar que esses dados frequentemente apresentam subestimação. O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), ao confrontar suas projeções demográficas com o total de óbitos oficialmente registrados nos cartórios brasileiros, estima que cerca de 15,6% dos óbitos não foram devidamente registrados (sub-registro). Adicionalmente, em relação às estatísticas do Ministério da Saúde, o IBGE calcula que aproximadamente 13,7% dos óbitos ocorridos em hospitais no mesmo período podem não ter sido notificados adequadamente (subnotificação). Essas discrepâncias ressaltam a possibilidade de que o número real de mortes por suicídio no país seja superior ao oficialmente documentado<sup>13</sup>.

Além das questões de sub-registro e subnotificação, enfrentamos o desafio adicional de suicídios que são camuflados sob outras causas de morte e com isso estima-se que as tentativas de suicídio superem o número de suicídios em pelo menos dez vezes<sup>14</sup>. Por exemplo, alguns casos de suicídio podem ser erroneamente classificados como acidentes automobilísticos, afogamentos, envenenamento acidental ou registrados como "morte de causa indeterminada". Isso contribui para uma subestimação ainda maior das estatísticas reais de suicídio, já que alguns casos podem não ser corretamente identificados devido a interpretações imprecisas ou falta de evidências claras. Essa sub-codificação apresenta obstáculos significativos na obtenção de dados precisos sobre suicídios, dificultando a compreensão completa da extensão do problema. Portanto, ao analisar as estatísticas de suicídio, é crucial levar em consideração não apenas o sub-registro e a subnotificação, mas também a possível presença de casos que são encobertos por outras categorias de causas de morte. Essa consciência é essencial para desenvolver estratégias eficazes de prevenção e intervenção<sup>14</sup>.

A determinação de um suicídio requer a avaliação da intenção de morrer, um aspecto que nem sempre pode ser claramente definido<sup>14</sup>. No Brasil, em muitas mortes por causas externas, apenas a forma da morte é registrada, não necessariamente a intenção. Por exemplo, quedas e afogamentos compõem 10,9% de todas as mortes por causas externas. Além disso, cerca de 9% são registradas como mortes com intenção indeterminada<sup>13</sup>. Esses registros frequentemente obscurecem uma parcela considerável de

casos de suicídio, especialmente entre adultos jovens do sexo masculino. Isso destaca a complexidade na identificação precisa de casos de suicídio, uma vez que a falta de clareza na intenção pode levar a subestimações e mascarar a verdadeira extensão do problema, especialmente em determinados grupos demográficos. Diante dos desafios impostos pelo tema do suicídio, a Terapia Cognitivo-Comportamental emerge como uma abordagem capaz de oferecer uma perspectiva esclarecedora para intervenção e tratamento.

A Terapia Cognitivo Comportamental (TCC) é um modelo de tratamento terapêutico estruturado e de curta duração criado por Aaron Beck por volta da década de 1960, em que parte da perspectiva que o pensamento influencia o sentimento que, por sua vez, influencia os comportamentos<sup>15</sup>. Desta forma, a transformação destes pensamentos, denominados disfuncionais, pode possibilitar a consequente modificação do comportamento do cliente, utilizando tanto técnicas cognitivas quanto comportamentais<sup>15,16</sup>.

Aaron Beck, um médico e especialista em Psiquiatria, reconhecido como o pioneiro da "Terapia Cognitiva", concentrou seus estudos na área da Depressão<sup>15</sup>. Ele destacou a importância de desenvolver abordagens terapêuticas que fossem além do tratamento farmacológico, buscando compreender e abordar os aspectos cognitivos e psicológicos subjacentes à depressão. Seu trabalho influente na Terapia Cognitiva trouxe uma perspectiva inovadora ao campo da saúde mental, enfatizando a necessidade de considerar os padrões de pensamento e as crenças do paciente como parte integrante do processo terapêutico<sup>15</sup>.

A teoria inicialmente desenvolvida por Beck para tratar a depressão expandiu-se ao longo do tempo, sendo agora aplicada em uma ampla gama de transtornos, como ansiedade, dependências químicas, transtornos da personalidade, distúrbios alimentares, transtorno bipolar, questões familiares e relacionadas a adolescentes, entre outros. Nos primeiros anos da década de 1960, Beck apresentou uma conceitualização cognitiva da depressão em seus trabalhos, destacando um padrão de pensamento negativo em relação a si mesmo, ao mundo e ao futuro, conhecido como "triade cognitiva negativa"<sup>15</sup>. Com base nessa teoria, ele desenvolveu uma abordagem estruturada de psicoterapia, focada no presente, que visa resolver problemas atuais e modificar padrões de pensamento e comportamento disfuncionais<sup>17</sup>.

Beck, através do seu modelo cognitivo, propõe que o terapeuta pode ajudar os pacientes entendendo suas crenças pessoais e comportamentos habituais<sup>18</sup>. Ao fazer isso, é possível mudar a forma como pensam e o que

acreditam. Nesse modelo, ele sugere que existem diferentes camadas na forma como avaliamos as coisas. Tudo começa com uma crença principal, que são como pedaços fundamentais do nosso pensamento<sup>18</sup>. A partir delas, surgem outras crenças intermediárias que influenciam em pensamentos rápidos e automáticos que temos. A terapia cognitiva trabalha principalmente com a identificação e mudança em três níveis de pensamento: esses pensamentos automáticos, as crenças intermediárias e as crenças principais que são mais profundas<sup>19</sup>.

Os pensamentos automáticos são conteúdos espontâneos que surgem na mente a partir de acontecimentos recorrentes influenciando assim as emoções e os comportamentos, as pessoas geralmente não tem consciência que tem esses pensamentos automáticos<sup>15</sup>. "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"<sup>15,18</sup>.

As crenças intermediárias são ideias ou pensamentos mais profundos que os pensamentos automáticos e se manifestam a partir de suposição ou regras e são sustentadas pelas crenças nucleares já as crenças nucleares são compostas por ideias mais rígidas que o indivíduo tem sobre si mesmo, as pessoas e o mundo, tem um nível mais profundo na cognição, são formadas desde as primeiras experiências de aprendizagem e se fortalecem ao longo da vida<sup>15,18</sup>.

No início do tratamento com as técnicas da Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC), é essencial identificar o padrão de pensamento do indivíduo para avaliar a presença de comportamentos adaptativos e habilidades desenvolvidas<sup>18</sup>. O terapeuta pode ajudar o paciente a conseguir pensar e agir de forma mais adaptativa e funcional, através de treinamento de habilidades e resolução de problemas, incentivando assim a conseguir expor os problemas que traz sofrimento em seu cotidiano e assim conseguir pensar em possíveis soluções através do questionamento de como ele aconselharia alguém que está passando por aquela mesma situação ou quais possíveis soluções ele apresentaria para essa pessoa<sup>15</sup>.

A Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) concentra-se na relação entre os processos cognitivos e as respostas emocionais e comportamentais do indivíduo<sup>20</sup>. Ela parte do entendimento de que a forma como uma pessoa processa cognitivamente as situações que vivencia e o ambiente ao seu redor tem impacto direto em suas emoções e comportamentos. Ao interpretar essas experiências de maneira mais adequada e assertiva, espera-se que o indivíduo manifeste reações emocionais e comportamentais mais adaptativas e funcionais<sup>20</sup>. Em contrapartida, uma avaliação distorcida ou equivocada pode resultar em sofrimento emocional, desencadeando respostas disfuncionais e estratégias de enfrentamento inadequadas. Os significados das situações que vivencia são avaliados instantaneamente, gerando os chamados pensamentos automáticos<sup>20</sup>. Porém, no decorrer da vida, iniciando-se na infância, formam-se padrões de pensamentos, que podem ser entendidos como regras para o processamento de informação, estabelecendo-se crenças centrais que influenciam o modo como vê a si e ao mundo. O conjunto dessas crenças é denominado de esquemas e, por sua vez,

afetam as memórias das experiências passadas, bem como o seu desenvolvimento futuro<sup>20</sup>.

A Terapia Cognitivo Comportamental (TCC) é considerada o tratamento psicológico mais eficaz na redução das tentativas de suicídio<sup>22</sup>. Dentro desse tipo de terapia, em um período de cerca de 12 sessões, terapeuta e paciente trabalham juntos para identificar quais situações podem levar à crise. A partir dessa análise, eles criam um plano de tratamento que visa agir quando a crise ocorre, praticando maneiras de controlar emoções e diminuir os pensamentos associados ao comportamento suicida<sup>22</sup>.

As dificuldades emocionais e comportamentais, dentre elas, o comportamento suicida, resultam de representações distorcidas e processos de pensamentos desadaptativos, aprendidos em algum momento<sup>20</sup>.

As distorções cognitivas frequentemente associadas ao comportamento suicida incluem a abstração seletiva ou visão em túnel, onde a pessoa tende a perceber a realidade de forma seletiva, destacando aspectos negativos e ignorando informações contrárias<sup>20,21</sup>. O pensamento dicotômico, que analisa a realidade de maneira dualista e extrema, como "tudo ou nada", descartando perspectivas intermediárias; a supergeneralização, que interpreta que um resultado negativo se aplica a todas as situações, tornando-se um padrão contínuo, expresso através de palavras como "sempre" ou "nunca"<sup>20,21</sup>.

Também são mencionadas a catastrofização, que avalia as situações de forma exagerada, e a personalização, onde a pessoa assume a responsabilidade por uma situação externa, ignorando outros fatores<sup>15</sup>. Essas cognições inflexíveis geralmente resultam em respostas emocionais mal adaptadas, levando o indivíduo a acreditar que não possui recursos para lidar com os problemas, dificultando a visualização e implementação de possíveis soluções, e gerando uma visão negativa de si mesmo e do futuro<sup>15</sup>. A presença de desesperança é um indicador significativo para o comportamento suicida, pois reflete uma perspectiva de futuro sem esperanças, expressa por ideias como "as coisas nunca irão melhorar", "eu jamais serei feliz" e "não há razões para viver", o que compromete a motivação e o desejo de viver, tornando mais difícil para o indivíduo considerar alternativas para lidar com os problemas. Portanto, quanto mais acentuada a desesperança, maior é o risco de suicídio<sup>20</sup>.

O processamento cognitivo distorcido, a aparente falta de soluções adaptativas e as variações de humor resultantes podem conduzir a comportamentos desajustados, incluindo o ato suicida. Em resumo, esses processos psicológicos desajustados formam um "esquema suicida" (onde um esquema é concebido como uma estrutura mental que molda o processamento de

experiências) que é ativado diante de estressores e pode ser fortalecido a cada crise suicida<sup>20</sup>.

No livro "Terapia Cognitivo-Comportamental para pacientes suicidas", são apresentados alguns fatores relacionados a comportamentos suicidas. O objetivo é compartilhar essas informações com psicólogos clínicos e o público em geral. É importante notar que nenhum desses fatores isoladamente é capaz de causar um ato suicida. No entanto, quando esses fatores se acumulam e interagem, podem aumentar a vulnerabilidade de uma pessoa ao comportamento suicida<sup>23</sup>.

A presença de um ou mais distúrbios psiquiátricos é o fator predominante por trás dos atos suicidas<sup>23</sup>. Aproximadamente 90% ou mais das pessoas que cometem suicídio são diagnosticadas com um ou mais transtornos psiquiátricos. Dentro desses transtornos, a conexão entre depressão e comportamentos suicidas têm sido intensamente estudados. Cerca de 15% dos indivíduos com transtorno depressivo grave relatam ter tentado suicídio em algum momento de suas vidas<sup>23</sup>.

A falta de esperança, uma crença de um futuro sem perspectivas, é uma forma de pensamento que está fortemente ligada à intenção suicida. Essa falta de esperança pode ser vista como uma crença associada a um padrão de pensamento sobre o suicídio. Quando essa ideia é acionada, ela ativa certos pensamentos que reforçam essa percepção negativa<sup>23</sup>.

Um estudo sobre distorções de pensamento em pessoas com depressão revelou que a falta de esperança foi o pensamento mais comum entre os participantes, aparecendo em 85,5% dos casos, seguido pela ideação suicida, presente em 65,5%. No que diz respeito às tentativas de suicídio, 42,7% dos entrevistados relataram ter feito pelo menos uma tentativa ao longo de suas vidas<sup>24</sup>.

Quando alguém abraça a crença da desesperança, pode levar à percepção de um futuro sem esperança, resultando na perda de motivação para a vida e na destruição do desejo de continuar<sup>15</sup>. Alguns pensamentos recorrentes em pessoas que se sentem desesperançadas incluem: "Não vejo melhorias à vista, nada vai mudar"; "Não há razão para continuar, não consigo enxergar um futuro melhor"; "A vida parece insuportável, nunca serei feliz"; "Sou um fardo para meus entes queridos, seria melhor para eles sem mim"; "Sinto-me profundamente infeliz e vejo apenas uma saída." Estes pensamentos limitam as perspectivas e podem fazer com que a pessoa acredite que a única solução para os problemas sem solução é terminar a própria vida<sup>15</sup>.

Certos especialistas em suicídio têm debatido sobre a existência de (pelo menos) dois grupos de pacientes suicidas<sup>23</sup>. Um grupo é definido por um profundo sentimento de desesperança e uma forte vontade de morrer, enquanto outro grupo não se destaca necessariamente pela desesperança ou intenção de morrer, mas sim por dificuldades em controlar as oscilações de humor e comportamentos impulsivos, ou ainda por fazer tentativas de comunicação com os outros<sup>23</sup>.

A Terapia Cognitivo-Comportamental, tem como destaque a construção de uma relação terapêutica fundamental<sup>15</sup>. Esse vínculo é especialmente crucial para pacientes em risco de suicídio, já que eles precisam de alguém em quem

confiar. Essa relação terapêutica se baseia em princípios de cordialidade, atenção, genuíno respeito, empatia e habilidade profissional. Além de focar nos problemas presentes e situações que causam angústia ao paciente, a abordagem terapêutica utiliza técnicas voltadas para reestruturar pensamentos, emoções e comportamentos durante o processo de tratamento<sup>15</sup>.

As técnicas da Terapia Cognitivo-Comportamental têm como objetivo corrigir crenças e pensamentos negativos<sup>19</sup>. Durante o tratamento, o paciente aprende a reconhecer os momentos em que se sente mais emotivo, conhecidos como períodos críticos, e a identificar os pensamentos automáticos associados a eles. Em seguida, é ensinado ao paciente a analisar esses pensamentos automáticos, procurando por distorções e questionando-os para alcançar interpretações mais realistas dos eventos ao seu redor<sup>19</sup>.

Pesquisas conduzidas por Goldapple et. al mostraram que técnicas de psicoterapia, eficazes na melhoria de certos transtornos mentais, também podem influenciar a atividade cerebral. Ao investigar o impacto da psicoterapia na atividade neural de pacientes deprimidos, descobriu-se que a aplicação de técnicas cognitivo-comportamentais resulta na diminuição da atividade no córtex frontal medial, ao mesmo tempo em que promove um aumento da atividade no hipocampo e no córtex cingulado dorsal<sup>25</sup>.

Na abordagem cognitivo-comportamental para tratar comportamento suicida, o foco está na alteração de pensamentos, na reestruturação de crenças disfuncionais e na análise dos aspectos cognitivos que contribuem para o sofrimento psicológico. Essas intervenções são educativas e preventivas, podendo ser aplicadas em ambientes clínicos, em momentos de crise ou como complemento ao tratamento medicamentoso<sup>4,23</sup>.

Além da saúde mental, é fundamental observar também a saúde física do indivíduo<sup>26</sup>. Em contraste com a crença popular, encorajar o paciente a discutir sobre o suicídio na verdade reduz a chance de tentativas, pois um diálogo franco e aberto ajuda a diminuir o estigma profundamente enraizado nessas pessoas<sup>4</sup>.

Outro aspecto crucial, não apenas no início, mas também ao longo do processo, é a avaliação do risco de suicídio. Dentre os principais fatores de risco estão: pensamentos suicidas, comportamento associado ao suicídio, diagnóstico clínico abrangente e psiquiátrico, vulnerabilidades psicológicas como desesperança e fatores psicossociais, histórico de perdas, e experiências de abuso físico ou sexual<sup>4</sup>.

É relevante destacar alguns instrumentos desenvolvidos para avaliar aspectos ligados à ideação suicida e aos atos suicidas. Entre eles,

estão incluídos a intenção vinculada a tentativas anteriores, a letalidade de tentativas passadas e a gravidade da ideação. Inicialmente aplicados predominantemente em contextos de pesquisa, esses elementos são agora empregados por terapeutas cognitivos com o objetivo de complementar a avaliação diagnóstica<sup>4,15</sup>.

O psicodiagnóstico é descrito como um procedimento científico que faz uso de técnicas e testes psicológicos para compreender e antecipar comportamentos que possam indicar a presença de uma psicopatologia<sup>27</sup>. No contexto do psicodiagnóstico de suicídio, o foco está na prevenção, em que o psicólogo, por meio de diversas etapas, procura examinar a estrutura da personalidade do indivíduo. O objetivo é identificar traços que possam sugerir uma predisposição ao suicídio ou a presença de ideias suicidas associadas a alguma psicopatologia<sup>27</sup>.

A terapia cognitiva envolve a participação ativa do cliente no tratamento, onde este é auxiliado a identificar percepções distorcidas, reconhecer pensamentos negativos e buscar alternativas que estejam mais alinhadas com a realidade<sup>15</sup>. Durante o processo de reestruturação cognitiva, o cliente é incentivado a encontrar evidências que sustentem tanto os pensamentos negativos quanto os alternativos, gerando pensamentos mais coerentes e dignos de confiança relacionados a situações específicas<sup>15</sup>.

São mencionadas algumas técnicas aplicadas durante a Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC), incluindo a prática diária de registrar pensamentos disfuncionais<sup>19</sup>. Ele destaca a importância de os pacientes anotarem todos os seus pensamentos relacionados aos estados de disforia, com o propósito de análise posterior ou para que o próprio paciente tente reestruturá-los<sup>19</sup>.

O planejamento das atividades diárias, geralmente realizado semanalmente, envolve a colaboração entre o terapeuta e o paciente na criação de um programa de atividades diárias<sup>19</sup>. Este programa visa elevar o nível de ação do paciente, aumentar as oportunidades de reforço positivo e oferecer a possibilidade de contestar crenças negativas. Essa abordagem se revela altamente eficaz no enfrentamento da depressão<sup>19</sup>.

No método socrático, o terapeuta emprega perguntas direcionadas ao paciente, visando desafiar os fundamentos de seus pensamentos automáticos<sup>15</sup>. O objetivo é que, ao reconhecer a falta de bases sólidas para esses pensamentos, o paciente possa modificá-los. O questionamento socrático, destaca a importância de focalizar os pensamentos<sup>28</sup>. Após reconhecê-los, o paciente, ou o terapeuta em interação com o paciente, deve indagar: "Que evidências tenho de que aquilo que passou pela minha cabeça naquele momento é verdadeiro?"<sup>28</sup>.

Outro método, também utilizado na terapia cognitiva comportamental, que tem peso importante, principalmente intervindo como preventivo, é a prevenção de recaídas. A recaída seria uma crise ou um retrocesso das tentativas do paciente em mudar ou manter as mudanças do seu comportamento<sup>29</sup>.

A reestruturação cognitiva é crucial não apenas para lidar com reações recorrentes, como sentimento de perda, culpa e fracasso, após recaídas dos pacientes<sup>30</sup>. Há fatores protetivos quanto os fatores de risco não estão limitados ao

presente; eles abrangem toda a história de vida e desenvolvimento do indivíduo e de seus familiares. Portanto, para realizar uma avaliação clínica eficaz, os profissionais de saúde devem considerar a análise abrangente de todos os fatores, em vez de abordar isoladamente um ou outro fator. Isso é fundamental para um julgamento clínico mais preciso e abrangente<sup>30</sup>.

A Escala de Desesperança, desenvolvida por Beck e colaboradores<sup>15</sup>. É padronizada e validada no Brasil (Conselho Federal de Psicologia [CFP], 2014). Composta por 20 itens, pode ser aplicada ao paciente com intenções suicidas no início de cada sessão de psicoterapia, pois explicita o risco suicida atual da pessoa<sup>31</sup>. A 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<sup>31</sup>. Sendo considerada uma das poucas mensurações de ideação suicida com validade para suicídio consumado. 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. Outra maneira de identificar ideação suicida é por meio do item do Inventário de Depressão de Beck que aborda pensamentos e desejos suicidas<sup>4</sup>.

Segundo um estudo conduzido por Brown, que envolveu um grupo de pacientes com níveis significativos de desesperança, observou-se que intervenções por meio de 10 sessões de Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) reduziram em 50% a propensão à tentativa de suicídio durante o período de acompanhamento, em comparação com o grupo que não recebeu esse tratamento<sup>32</sup>. Além disso, constatou-se uma diminuição significativa nos níveis de desesperança no grupo que participou da TCC, e outros sintomas depressivos tornaram-se menos intensos. As sessões de acompanhamento para o grupo que recebeu intervenções da TCC ocorreram uma ou duas vezes por semana, dependendo das necessidades individuais. O principal objetivo dessas sessões era desenvolver estratégias de prevenção de atos suicidas<sup>32</sup>.

A terapia cognitivo-comportamental não se caracteriza por uma intervenção homogênea totalmente padronizada. Pelo contrário, ela adota diversas estratégias singulares, combinadas e aplicadas a um grupo diversificado de clientes<sup>33</sup>. Essa abordagem leva em consideração as variadas faixas etárias, o desenvolvimento cognitivo, linguístico e social de cada indivíduo<sup>33</sup>.

Os planos de segurança representam estratégias

criadas para que os pacientes possam recorrer a elas durante momentos de crise, visando evitar futuras tentativas<sup>15</sup>. Esses planos são desenvolvidos de forma colaborativa com o paciente, registrados em uma lista e consultados quando necessário. Aspectos cruciais a serem incluídos na lista de planos de segurança envolvem o reconhecimento de sinais que costumam preceder crises suicidas, a implementação de estratégias para enfrentar a situação e o estabelecimento de contato com familiares e/ou outras pessoas de confiança<sup>4</sup>.

Como 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<sup>15</sup>. A conceituação cognitiva do caso consiste na busca de um entendimento mais profundo da crise suicida pelo paciente, incluindo fatores da sua história de vida que mantêm relação com a crise e a maneira como ele pensa, o que sente e como se comporta em relação a esses fatores<sup>15</sup>. Ainda na fase inicial, a lista de problemas e metas do processo terapêutico busca traçar os objetivos do tratamento, determinando habilidades que precisam ser melhoradas, bem como crenças disfuncionais que têm de ser reestruturadas<sup>4,15</sup>.

Nas estratégias cognitivas, é necessário proporcionar o desenvolvimento de habilidades para que o paciente identifique pensamentos e crenças negativas e compreenda como tais cognições afetam sentimentos e comportamentos<sup>4</sup>. O uso de lembretes que contenham itens que identificam razões para viver torna-se importante para consulta em momentos de crise, ou itens que auxiliem a lidar com a desesperança ou ideação suicida, resgatando pensamentos adaptativos durante a crise<sup>4,15</sup>. As estratégias de coping afetivo são desenvolvidas no intuito de melhorar a regulação das emoções, para que não ocorram autoagressões e/ou atos suicidas.

#### 4 CONCLUSÃO

Este artigo de revisão bibliográfica explora a relevância e as potenciais intervenções terapêuticas da Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) no contexto do comportamento suicida. A compreensão aprofundada do suicídio como um fenômeno complexo destaca a importância da psicoterapia, com a TCC emergindo como uma ferramenta valiosa na prevenção e tratamento dessa problemática.

É fundamental que os psicólogos estejam atentos aos sinais de alerta, avaliando situações de risco e dificuldades emocionais, enquanto compreendem os diversos âmbitos da vida do paciente. Essa abordagem holística, considerando não apenas o presente, mas todos os fatores relevantes, é essencial para oferecer um tratamento clínico adequado. O trabalho multidisciplinar também desempenha um papel crucial, integrando diferentes profissionais para promover eficazmente a saúde.

Os resultados deste trabalho evidenciam que a abordagem TCC fornece uma base teórica e prática abrangente para lidar com fatores comportamentais, emocionais e cognitivos. A aplicação de escuta ativa e técnicas para identificar e modificar pensamentos disfuncionais, crenças desadaptativas e padrões de comportamento autodestrutivos revelou-se essencial na evolução do tratamento,

contribuindo para a redução do sofrimento psíquico e prevenção de possíveis recaídas. A construção de uma aliança terapêutica sólida é igualmente crucial, proporcionando um ambiente no qual o paciente se sinta à vontade para expressar suas inseguranças e vulnerabilidades. Entretanto, é necessário reconhecer algumas limitações inerentes a este trabalho. A revisão bibliográfica, por sua natureza, depende da disponibilidade e qualidade das fontes consultadas, o que pode ter influenciado a amplitude da abordagem sobre as intervenções terapêuticas em comportamento suicida. Além disso, a complexidade multifatorial do fenômeno do suicídio implica que a TCC, embora promissora, não seja uma solução única e definitiva. Outras abordagens terapêuticas e considerações contextuais também desempenham papéis significativos, e a ênfase em determinadas intervenções pode variar com base na singularidade de cada caso. Assim, é crucial interpretar os resultados deste estudo com cautela, reconhecendo a necessidade de investigações futuras e uma abordagem integrativa para uma compreensão mais abrangente e eficaz do comportamento suicida.

## REFERÊNCIAS

- [1] Souza DH de. História do suicídio: um balanço historiográfico. *intellectus* [Internet]. 28º de dezembro de 2022 [citado 2º de março de 2024];21(2):181-99.
- [2] Durkheim, E. *O suicídio: Estudo de sociologia*. São Paulo: Martins; 2000.
- [3] World Health Organization. *Preventing suicide: A global imperative*. Genebra; 2014.
- [4] Wright, J. H. et al. *Terapia cognitivo-comportamental de alto rendimento para sessões breves: Guia ilustrado*. Porto Alegre: Artmed; 2012.
- [5] Assunção, W. C.; Silva, J. B. F. *Depressão e Suicídio sob a Perspectiva da Psicologia Cognitivo-Comportamental*. *Revista Saúde em Foco*. 2019;6(1):85-102.
- [6] Conforto, E. C.; Amaral, D. C.; Silva, S. L. Roteiro para revisão bibliográfica sistemática: aplicação no desenvolvimento de produtos e gerenciamento de projetos. In: *Congresso Brasileiro De Gestão De Desenvolvimento De Produto - CGBDP*, 8, 2011, Porto Alegre. *Anais... Porto Alegre: IGDP*, 2011, p.1-12.
- [7] Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. *Boletim Epidemiológico*, 2017;48(30). Em Suicídio. Saber, agir e prevenir, 2017.
- [8] Rodrigues, H. F.; Morais, L. S.; Veloso, L. C. Análise epidemiológica do suicídio na Região Nordeste do Brasil no período de 2014 a 2018. *Research Society and Development*, 2020;9(7):e659974725.
- [9] Sales, T. M. Dos S. Et al. Perfil comportamental dos casos suicida. *Research, Society and Development*, 2020;9(6).
- [10] Marback, R. F.; Pelisoli, C. Terapia cognitivo-comportamental no manejo da desesperança e comportamentos suicidas. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 2014; 10:122-129.
- [11] Beck, A. T. The current state of cognitive therapy: A 40-year retrospective. *Archives of General Psychiatry*, 2005; 62:953-959.
- [12] Wenzel, A.; Brown, G. K.; Beck, A. T. *Terapia cognitivo-comportamental para pacientes suicidas*. Porto Alegre: Artmed; 2010.
- [13] Instituto Brasileiro de Geografia E Estatística. *Tábuas completas de mortalidade - 2006*. Rio de Janeiro; 2013.
- [14] Botega, N. J., Cais, C. F. S., & Rapeli, C. B. Comportamento suicida. In N. J. Botega (Org.), *Prática psiquiátrica no hospital geral: interconsulta e emergência* (pp. 335-355). Porto Alegre: Artmed; 2012.
- [15] Beck, Judith S. *Terapia Cognitiva: Teoria e Prática*. Porto Alegre: Artmed; 2013.
- [16] Peron, N. B.; Sartes, L. M. A. *Terapia cognitivo-comportamental no hospital geral: revisão da literatura brasileira*. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 2015;11(1):42-49.
- [17] Pinheiro, W. R. S.; Nascimento, A. M.; Roazzi, A. Comportamento Suicida e a Pesquisa online na Psicologia Cognitiva. *Revista EDUCAmazônia*, 2021;13(2):409-450.
- [18] Caetano, A. M. H. *Terapia Cognitivo-Comportamental e a intervenção em adolescentes com ideação ou tentativa de suicídio*. *Psicologia*, 2017.
- [19] Rangé, B. *Psicoterapia Comportamental e Cognitiva: Transtornos Psiquiátricos*. 2001; 2:8.
- [20] Silva, K. A.; Rückert, M. L. T. Intervenções psicológicas no tratamento de pacientes com comportamento suicida na Terapia Cognitivo Comportamental. *Rev. Bras. Psicoter. (Online)*; 2020 Ago;22(2):69-81.
- [21] Assunção, W. C. Aspectos conceituais de terminologias relativas às abordagens cognitivas e

comportamentais. Revista Amazônia Science & Health, Belém, 2018; 6(4).

[22] Bernecker, S. L. et al. Economic evaluation of brief cognitive behavioral therapy vs treatment as usual for suicidal US army soldiers. JAMA Psychiatry, 2020;77(3):256-264.

[23] Wenzel, A. Inovações em terapia cognitivo-comportamental: intervenções estratégicas para uma prática criativa. Porto Alegre: Artmed;2018.

[24] Medeiros, H. L. V.; Sougey, E. B. Distorções do pensamento em pacientes deprimidos: frequência e tipos. Jornal Brasileiro de Psiquiatria, v. 59, n. 1, p. 28-33, 2010.

[25] Goldapple, K. et al. Modulation of cortical-limbic pathways in major depression. Archives of General Psychiatry, 2004; 61:34-41.

[26] Vidal, C. E. L. et al. Tentativas de suicídio: fatores prognósticos e estimativa do excesso de mortalidade. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2013 Jan;29(1):175-187.

[27] Cunha, J. A. Psicodiagnóstico V. Porto Alegre: Editora Artmed, 5ª edição; 2000.

[28] Cordioli, A. V. Vencendo o transtorno obsessivo-compulsivo: manual da terapia cognitivo-comportamental para pacientes e terapeutas. Porto Alegre: Artmed; 2004.

[29] Pereira, E. C.; Miranda, B. M. Suicídio: Intervenções da Terapia Cognitivo Comportamental atuando na prevenção. Repositório Institucional FUCAMP; 2021.

[30] Schlösser, Adriano; Fernandes Camargo Rosa, Gabriel; Leontina Ojeda Ocampo More, Carmen Revisão: Comportamento Suicida ao Longo do Ciclo Vital Temas em Psicologia, 2014 Abr;22(1):133-145. Sociedade Brasileira de Psicologia. Ribeirão Preto, Brasil

[31] Beck, A. T.; Rush, A. J.; Shaw, B. F.; Emery, G. Terapia cognitiva da depressão. Porto Alegre: Artmed; 1997.

[32] Brown, G. K. Et al. Terapia cognitiva para a prevenção de tentativas de suicídio: um ensaio clínico randomizado. Journal of American Medical Association, 2005; 294(5): 563-570.

[33] Stallard, P. Guia do terapeuta para os bons pensamentos bons sentimentos: utilizando a terapia cognitivo-comportamental com crianças e adolescentes. Porto Alegre: Artmed; 2007.