

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

CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM TERAPIA COGNITIVO-
COMPORTAMENTAL

**A TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL E O SUICÍDIO.
QUAIS AS POSSIBILIDADES DE TRATAMENTO?**

**SÃO PAULO
2015**

JAIME CANFIELD

**A TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL E O SUICÍDIO.
QUAIS AS POSSIBILIDADES DE TRATAMENTO?**

Monografia apresentada como Trabalho de Conclusão do Curso de Especialização em Terapia Cognitivo-Comportamental do Centro de Estudos em Terapia Cognitivo-Comportamental – CETCC.

Orientadora: Profª Drª Renata Trigueirinho Alarcon
Coorientadora: Profª MSc Eliana Melcher Martins

**SÃO PAULO
2015**

Agradeço

À minha família, que de forma especial, contribuiu para a realização deste trabalho.

Aos professores e orientadores, que me enriqueceram com seus conhecimentos.

Há coisas que cada pessoa foi enviada a terra para realizar e aprender. O mais importante é o relacionamento humano e o amor, e não as coisas da matéria. É entender que cada pequena coisa que se faz na vida é registrada, e mesmo que você passe por ela sem pensar na ocasião, ela sempre retorna ao seu caminho¹.

¹ Adaptado de RINPOCHE, S. **O livro tibetano do viver e morrer**. São Paulo: Palas Athena, 2000.

RESUMO

Este estudo tem como objetivo pesquisar as possibilidades de tratamento na Terapia Cognitivo-Comportamental para o suicídio. Foi realizada uma busca em algumas bases de dados com as palavras-chaves suicídio e terapia cognitivo-comportamental no período de 2005 a 2015 priorizando os textos em língua portuguesa. Nenhum artigo foi encontrado que preenchesse totalmente o critério de inclusão, apenas os textos de referência. Na sua quase totalidade, os textos publicados neste período mostram o sucesso da aplicação das técnicas da TCC em pessoas portadoras de transtornos psicossociais, abrindo espaço para a sugestão de novos estudos para confirmar este sucesso no tratamento do suicídio.

Palavras-chave: Suicídio; Terapia cognitivo-comportamental; Tratamento.

ABSTRACT

This study aim to research the possibility of treatment in Cognitive Behavioral Therapy from suicide. We realized a search at some databases, using the key-word suicide and cognitive therapy, with a period limit 2005-2015 with priority published in Portuguese. No one article was found to fulfill the inclusion criteria. In totality, the articles published bring a new comprehension of these diagnosis under the cognitive model to treat the suicide. In nearly all the texts published in this period show the success of the application of the techniques of TCC in persons with psychosocial disorders, making room for the suggestion of further studies to confirm this success in the treatment of suicide.

Key words: Suicide, Cognitive Behavioral Therapy, Treatment

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	7
2 OBJETIVOS	10
3 METODOLOGIA	11
4 RESULTADOS	13
4.1 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	13
4.2 SUICÍDIO	16
4.3 TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL	20
5 DISCUSSÃO	26
6 CONCLUSÃO	29
REFERÊNCIAS	30

1 INTRODUÇÃO

O suicídio é um gesto de autodestruição, um desejo de morrer ou de terminar com a própria vida, uma escolha ou ação de auto-agressão que cresce não somente por questões demográficas e populacionais, mas também por problemas mentais, psicológicos e/ou sociais que prejudicam o bem-estar de cada um e revertem em graves implicações sociais.

Importante considerar que, para cada suicídio, de seis a dez outras pessoas são diretamente impactadas, sofrendo sérias consequências, difíceis de serem reparadas, bem por isso o suicídio é considerado um problema de saúde pública pelo Ministério da Saúde (CVV, 2015a).

As estatísticas mostram que a cada 40 segundos alguém se suicida em algum lugar no mundo. No Brasil, as taxas de suicídio estão abaixo da média mundial (entre 13/14 mortes por 100 mil pessoas enquanto a média brasileira é de 6/7 mortes por 100 mil habitantes), mas, mesmo assim, o suicídio tira a vida de uma pessoa por hora enquanto outras três tentam se matar, sem sucesso, nesse mesmo período de tempo (CVV, 2015; 2015a).

Assim, a condição preocupante reside no fato de, embora a média mundial permaneça estável, no Brasil este número tem crescido principalmente entre jovens. Ainda que esse problema afete pessoas de todas as idades, e de todas as classes sociais, constitui a sexta causa de morte em jovens entre 15 e 24 anos em várias cidades brasileiras e mesmo a constatação de que a taxa de suicídios, em números absolutos, seja maior no grupo dos idosos do que no grupo dos jovens, se aceita que entre os primeiros existe uma chance maior de morrer por causas naturais (CVV, 2015; 2015a).

A sociedade contemporânea convive com incontáveis situações de agressão, competição e insensibilidade, espaço que se transforma em um campo fértil para que incontáveis transtornos emocionais e/ou psicossociais se desenvolvam.

Além disso, pensar em suicídio faz parte da natureza humana, ou seja, o impulso suicida é uma reação natural, mas torna-se mais comum em pessoas emocionalmente exaustas e fragilizadas diante das situações que despertam essa possibilidade de resolução dos problemas pessoais, especialmente diante da necessidade de aliviar pressões externas/internas como cobranças sociais,

culpa, remorso, depressão, ansiedade, medo, fracasso, humilhação, alcoolismo, consumo de drogas, por exemplo.

O suicídio pode ser prevenido?

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS) e o Ministério da Saúde, boa parte dos casos de suicídio (cerca de 90%) pode ser prevenida se existirem condições mínimas de ajuda, profissional ou voluntária² (CVV, 2015).

O estudo e a discussão do/sobre suicídio são formas mais eficientes de se promover a prevenção, pois esta só é possível quando a sociedade, os profissionais da saúde, a imprensa e as autoridades têm informações suficientes para conduzir/definir as medidas/estratégias adequadas e ao seu alcance nessa frente, embora tanto a prevenção como o controle constituam tarefa muito difícil.

Destaca-se, neste estudo, a adoção da terapia cognitivo comportamental (TCC) para a prevenção/tratamento do suicídio.

Qual o grau de comprometimento da terapia cognitivo-comportamental frente aos desafios de tratar o suicídio?

O tratamento do suicídio, enquanto factível, envolve uma série completa de atividades, abrangendo desde a provisão das melhores condições possíveis para buscar um enfrentamento efetivo dos transtornos psicológicos e/ou mentais até um controle ambiental e/ou social dos fatores de risco.

Terapia cognitivo-comportamental (TCC) e terapia cognitiva (TC) são termos usados frequentemente como sinônimos para descrever psicoterapias baseadas no modelo cognitivo. A TCC combina uma abordagem cognitiva com um conjunto de procedimentos comportamentais e é usada como “um termo mais amplo que inclui tanto a TC padrão quanto combinações ateóricas de estratégias cognitivas e comportamentais” (KNAPP; BECK, 2008, p.555).

Dobson e Dobson (2011, p.v) referem que

² O Centro de Valorização da Vida – CVV, constitui uma rede voluntária de prevenção do suicídio e atua nesse sentido há mais de 50 anos. Recentemente, o Estado deu início à implementação de políticas públicas para traçar planos integrados de prevenção, dentre as quais podem ser destacadas a Portaria do Ministério da Saúde n. 1876, de 14 de agosto de 2006, instituindo as Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio, a ser implantadas em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão e a elaboração de manuais de prevenção do suicídio (para os profissionais das equipes de saúde mental, por exemplo).

muitos textos têm sido escritos sobre a terapia cognitivo-comportamental, mas poucos adotaram as perspectivas da prática, da ciência e dos sistemas em que estão agregados. Por isso, a tendência deste campo tem sido o enfoque de áreas que enfrentam problemas específicos como fobia social ou outros transtornos psicológicos. Isso mostra que cada vez mais se conhece sobre as intervenções que funcionam para determinadas pessoas, mas pouco tem sido publicado sobre as aplicações da terapia cognitivo-comportamental para enfrentar os problemas, sobre o embasamento empírico e no oferecimento do aconselhamento prático para o terapeuta.

Os mesmos autores (2011, p.1) informam que a TCC dispõe de muitas evidências de sua atuação como importante instrumento de intervenção em inumeráveis problemas de saúde mental das pessoas e, ainda que muitos livros tenham sido publicados, é importante dar sustentação às bases científicas dessas intervenções por meio de observações clínicas.

Adotando a pesquisa bibliográfica como referência, este trabalho de conclusão de curso parte da revisão bibliográfica de documentos publicados entre 2005 e 2015, disponibilizados preferencialmente em língua portuguesa, para analisar as possibilidades da terapia cognitivo-comportamental no tratamento do suicídio.

2 OBJETIVO

Analisar as possibilidades de tratamento para o suicídio adotando a técnicas de terapia cognitivo-comportamental.

3 METODOLOGIA

A metodologia pensada para fundamentar este estudo tem por sedimento a pesquisa bibliográfica, com base nas contribuições de diversos autores que estudaram/pesquisaram o assunto relacionado com o objeto deste estudo, mediante consulta aos documentos nos quais os dados e informações receberam um tratamento analítico (BARROS, LEHFELD, 2000).

Para realizar a coleta dos dados para a revisão bibliográfica foram levantados os estudos sobre o tema encontrados nas bases de dados Scielo, Lilac's, Medline, demais documentos eletrônicos e documentos outros (livros, revistas especializadas) que tratam do assunto em pauta.

Como referencial teórico para elaborar a discussão sobre o tema pautado foram adotadas as obras de Wenzel, Brown e Beck (*Terapia cognitivo-comportamental para pacientes suicida*); de Dobson e Dobson (*Terapia cognitivo-comportamental baseada em evidências*) e do Centro de Valorização da Vida -CVV (*Prevenção do suicídio*).

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

- a) base para inclusão: documentos com abordagem qualitativa, exploratória, descritiva e relatos de experiências e estudo de caso; documentos disponíveis eletronicamente; estudos abrangendo os transtornos mais comuns que levam ao suicídio como depressão, esquizofrenia, alcoolismo, doenças físicas incuráveis/intratáveis; problemas econômicos graves.
- b) base para exclusão: estudos abordando outros transtornos e as abordagens medicamentosas;
- c) descritores: suicídio, terapia cognitivo-comportamental, tratamento do suicídio;
- d) cronologia dos estudos: trabalhos publicados entre 2005 e 2015;
- e) idiomas dos documentos pesquisados: preferencialmente português; inglês e espanhol;
- f) delimitador: escassez de estudos/pesquisas que versem sobre a adoção da terapia cognitivo comportamental como protocolo para o tratamento do suicídio.

O estudo ficou assim organizado: introdução, objetivo, metodologia, resultados, discussão, considerações finais e referências com base nos dados levantados com a pesquisa bibliográfica levada a termo sobre a possibilidade da adoção de técnicas da terapia cognitivo comportamental para o tratamento do suicídio.

4 RESULTADOS

4.1 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

O estudo realizado por Tavares (2005) sobre a depressão relata esta como uma doença que exige avaliação do *risco de suicídio* do indivíduo para que se possa tomar providências adequadas. O suicídio é algo que vem acompanhando muitos tipos de doenças mentais, principalmente a depressão e pode ser definido como uma retirada deliberada, consciente e proposital da própria vida, por isso entendido como resultado de contingências aversivas e verbais.

Para Knapp e Beck (2008) a pesquisa e a prática clínica mostraram que a terapia cognitiva pode ser efetiva para reduzir os sintomas e as taxas de recorrência, com ou sem medicação, em uma ampla variedade de transtornos psiquiátricos, tais como depressão, *suicídio*, transtornos de ansiedade e fobias, síndrome do pânico, transtornos da personalidade, abuso de substâncias, problemas interpessoais, raiva, hostilidade e violência, com efeito adicional sobre o tratamento medicamentoso de doenças psiquiátricas graves, como esquizofrenia e até mesmo transtornos médicos e psicológicos somáticos na infância, bem como para bulimia e problemas de comer compulsivo. Os autores anotam que estudos recentes usando neuroimagem confirmaram que as técnicas utilizadas pela TCC produzem mudanças fisiológicas e funcionais em muitas áreas cerebrais.

O estudo realizado por Segal (2009) mostra que o suicídio está, na maioria dos casos, associado a doenças mentais e a depressão, presente em 40% dos casos. O estudo tem como objetivo mostrar que os avanços no campo da biologia molecular permitiram o emprego de métodos sensíveis e rápidos na identificação dos genes associados às doenças mentais. Os últimos vinte anos trouxeram crescentes evidências de que o comportamento suicida tem um forte determinante neurobiológico e não é apenas uma resposta lógica ao estresse extremo, ou seja, os fatores genéticos, transmitidos independentemente, explicam boa parte dos riscos para o desenvolvimento da depressão e, a *posteriori*, para o suicídio. Contudo, a contribuição dos fatores genéticos para a

vulnerabilidade ao comportamento suicida ainda não está devidamente elucidado, pois embora muitos polimorfismos genéticos tenham evidenciado sua participação, esta se dá com efeitos muito modestos, controversos e inconclusivos. Recursos como o estudo das interações gene - ambiente, gene-gene-ambiente, análise de famílias entre outros, podem ser úteis para melhor compreender os fenômenos que compõem o comportamento suicida.

Matos e Oliveira (2010), no relato de um estudo de caso sobre depressão apresentam a terapia cognitivo-comportamental 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. visando um melhor funcionamento biopsicossocial da paciente, sugerindo impacto positivo da TCC no tratamento do depressão ao enfatizar estratégias cognitivas e experimentos comportamentais, que proporcionaram formas objetivas de avaliar a validade de suas cognições, de promover a autodescoberta e facilitar a reestruturação cognitiva, ajudando-o a tornar-se seu próprio 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 auto-eficácia 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.

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. Os autores buscaram, com este estudo, avaliar a efetividade das

técnicas da TCC no tratamento de uma paciente com *ideação suicida*, associadas à sua religiosidade/espiritualidade concluindo que foram eficazes na prevenção do suicídio indicando que novos estudos são necessários para que as conclusões possam ser generalizadas.

Jamison (2011) relata que o suicídio como uma ação individual surpreende por sua imprevisibilidade aliada ao impacto que provoca no entorno social do suicida. Para a autora, “embora muitos pacientes tenham planos bem formulados para o suicídio, a cronometragem definitiva e a decisão final para a ação costumam ser determinadas por impulso”, de modo que os fatores biológicos são particularmente importantes para a decisão sobre quando a pessoa decide que vai morrer.

Paloski e Christ (2014) estudaram sobre a fundamentação, nas concepções da terapia cognitivo-comportamental, da hipótese de que eventos de vida negativos, na maioria das vezes interpessoais, estimulam crenças disfuncionais pré-existentes, as quais, quase sempre, estão relacionadas com sentimentos de culpa: as distorções cognitivas e de processamento das informações, presentes na manutenção dos sintomas psicóticos da depressão; portanto, para desenvolver o processo psicoterapêutico é essencial realizar um diagnóstico adequado sobre o sofrimento psíquico, para aliar a TCC ao consórcio medicamentoso no trabalho com as crenças e os comportamentos disfuncionais do paciente, visando uma redução dos escores dos inventários de Beck que medem os níveis de depressão, ansiedade, desesperança e *ideação suicida*, requerendo o trabalho do terapeuta cognitivo-comportamental, independente do caso, a construção de uma conceitualização cognitiva, um trabalho constante no transcorrer do tratamento. Assim, na medida em que novos dados clínicos relevantes forem apresentados para a terapia, a conceitualização cognitiva será modificada e atualizada para construir um plano de tratamento cognitivo individualizado para guiar as intervenções terapêuticas. O uso da TCC no tratamento da depressão com sintomas psicóticos visando mudanças das crenças e dos comportamentos disfuncionais do paciente e enfatizando aspectos educacionais que incluem o constante fornecimento de informação ao paciente sobre o seu transtorno, fundamentando a TCC na cooperação e na confiança participativa ativa dos participantes.

Becker e Justi (2015) relatam que as pesquisas da *World Health Organization* (WHO) informam que cerca de um milhão de pessoas comete suicídio anualmente em todo mundo. Embora não faça parte deste estudo, também informa que o número de tentativas de suicídio é quase 20 vezes maior. Já no Brasil, as taxas de suicídio são menos alarmantes, mas mesmo assim o país figura entre os dez países com os maiores números totais de suicídios. O suicídio, um fenômeno multidimensional, envolve elementos ambientais, biológicos, sociais, mentais e psicológicos, sendo que os dois últimos figuram entre os principais fatores de risco para o suicídio, exigindo atenção das pessoas e dos profissionais para lidar com isso. A TCC se apresenta como uma importante estratégia de intervenção nestes casos, em especial por pautar suas intervenções na reestruturação cognitiva e na resolução de problemas. Neste estudo, com o objetivo de avaliar a efetividade das técnicas da TCC no tratamento de uma paciente com ideação suicida, descreveram o suicídio como um fenômeno multidimensional envolvendo elementos ambientais, biológicos, sociais, mentais e psicológicos sendo que os dois últimos estão entre os principais fatores de risco, logo, exigem atenção e preparo dos profissionais de saúde mental para lidar com esse fenômeno e assentam que a terapia cognitivo-comportamental, ao pautar suas intervenções na reestruturação cognitiva e na resolução de problemas se apresenta como uma importante estratégia de intervenção nestes casos que se faz mais eficiente se associadas à religiosidade e/ou espiritualidade da paciente. Por ser um estudo de caso único, os autores recomendam novos estudos semelhantes para conclusões mais generalizadas.

4.2 SUICÍDIO

Mesmo com os avanços científicos, as sociedades contemporâneas ainda tratam o problema do suicídio como algo vergonhoso, resultante de uma falência da responsabilidade pessoal, da coesão familiar ou do sistema social.

Esta visão promove uma série de dificuldades na intervenção e na pesquisa desses casos, pois é essencial levar em conta que o suicídio é um problema complexo para o qual não existe uma única causa ou uma única razão, pois é um

ato que resulta de uma complexa interação de fatores biológicos, genéticos, psicológicos, sociais, culturais e ambientais.

Mesmo sendo aceito como uma das principais causas de morte entre as pessoas, o suicídio é estarrecedor, incômodo. Para pensar em uma ação de enfrentamento do suicídio é preciso que se procure entender o que gera o comportamento suicida e como esse gesto extremo pode ser prevenido/tratado.

Para Beck (2010, p. 14), “pacientes suicidas frequentemente entravam em conflito sobre razões para viver e para morrer”, um conflito que resulta da batalha interna entre desejar morrer e desejar continuar vivo. Consequentemente, frente ao desespero insuportável que, a cada dia, é infligido pelo sofrimento físico ou emocional, a vida perde o sentido e a morte transforma-se no passaporte para um mundo totalmente diferente, no qual todas as necessidades sejam saciadas.

Durkheim (2008, p.294), já no século XIX (1897), entendia o suicídio como um fato social ligado a motivações de natureza coletiva e não estritamente individual, ligado a dois fatores: o grau de interação, solidariedade e coesão entre as pessoas e o grau de influência social no campo das normas de conduta e comportamento. Portanto, o suicídio deve ser explicado em função das sociedades nas quais as pessoas vivem e não exatamente em termos individuais biológicos ou psicológicos, de modo que cada suicida personaliza o seu ato.

A evolução do conhecimento sobre o suicídio, contudo, mostra que a forma escolhida para realizá-lo não pode ser explicada apenas pelas causas sociais do fenômeno.

Na realidade, parece lugar comum na vida das pessoas experimentar, pelo menos uma vez, ainda que de maneira inócua, um momento de desespero total aliado à falta de esperança. Mas, paulatinamente, ideias e sentimentos se reorganizam, a confiança se restabelece, a busca de apoio e de saídas para o problema que gerou o desespero momentâneo restabelecem a confiança e a vida segue. No entanto, muitas pessoas não conseguem reencontrar a confiança e o suicídio parece-lhes o melhor caminho. E elas se matam.

Assim, parece que o suicídio é um ato que não tem explicações objetivas e como tal, continua sendo tratado como tabu, motivo de condenação, sinônimo de loucura. Mas as estatísticas, como já mostrado, dizem que o suicídio é um assunto que deve ser discutido, em alto e bom tom.

Também se pode aceitar a posição proposta por Durkheim (2008) sobre ser o suicídio um fato social, pois, ainda que uma expressão inequívoca de sofrimento pessoal envolva, em cada caso, todas as pessoas no entorno do suicida, conseqüentemente, transforma-se em um problema de saúde pública e não pode mais ser ignorado.

Na verdade, por trás do comportamento suicida existe uma combinação de fatores biológicos, emocionais, socioculturais, filosóficos e/ou religiosos que, juntos culminam na manifestação exacerbada contra si mesmo. Por isso é muito difícil explicar porque algumas pessoas decidem cometer suicídio, enquanto outras, que enfrentam condições/situações, ou até mesmo piores, não o fazem. Ainda assim, a maioria dos suicídios pode ser prevenida.

Há que se reforçar a ideia de que o suicídio, antes de receber tratamento, pode ser prevenido na maioria dos casos se houver oferta de condições mínimas de ajuda profissional e/ou voluntária, pois as pessoas que planejam/tentam o suicídio frequente pedem ajuda nos momentos críticos (quando o suicídio parece ser a única saída) visto que a vontade de viver/sobreviver é instintiva e oferece resistência ao desejo de se autodestruir, especialmente quando essas pessoas enfrentam sentimentos opostos de viver ou de morrer, e minimamente consideram a possibilidade de continuar vivendo (CVV, 2015a).

Em síntese, há suicídios e suicídios. Por isso, os especialistas consideram duas possibilidades: uma, a intenção de cometer a ação, isto é, a consciência e a vontade no planejamento e na preparação do ato suicida; outra, a letalidade do meio utilizado, isto é, o grau de prejuízo físico que a pessoa se inflige.

Frente a isto, existem casos nos quais as pessoas demonstram evidente intenção de morrer e alto grau de letalidade, quando optam por um método eficiente e ou quando a vontade de morrer é fraca, apesar de voluntária, mas o método escolhido é perigoso: são os suicidas propriamente ditos.

Contudo, há casos em que as pessoas querem apenas pedir socorro, pedem para ser ajudadas; estes se refletem nas tentativas de suicídio, quando consciência e vontade são fracas e o método ineficiente.

Os trabalhos sobre suicídio da Organização Mundial da Saúde (OMS, 2000), do Ministério da Saúde (BRASIL, 2006) e do Centro de Valorização da Vida (CVV, 2015; 2015a) mostram que maioria das pessoas que cometem suicídio, ou tentam, passou por acontecimentos estressantes nos três meses anteriores ao ato.

Esses problemas estão relacionados a fatores sociodemográficos e ambientais (os homens cometem mais suicídio que as mulheres enquanto elas mostram um número maior de tentativas; os mais jovens, entre 15-35 anos, e os mais velhos, acima de 75 anos); as pessoas divorciadas, viúvas e solteiras; o desemprego/perda do emprego; as mudanças de ambiente (da área rural para a urbana, mudança de país); as relações interpessoais (discussão com pais, esposa/marido, filhos,...); a rejeição; os eventos de perda (luto, perdas pessoais); a influência das redes sociais.

Os estudos supracitados (OMS, 2000; BRASIL, 2006; CVV, 2015, 2015a) também mostram dois importantes fatores relacionados ao suicídio. Um informa que a maioria das pessoas que cometem suicídio tem um transtorno mental diagnosticável; o outro, que suicídio e comportamento suicida são mais freqüentes em pacientes psiquiátricos. Os grupos diagnósticos, em ordem decrescente de risco, anotam: depressão (todas as formas); transtorno de personalidade (anti-social, *borderline* com traços de impulsividade, agressividade e freqüentes alterações do humor); alcoolismo e/ou abuso de drogas; esquizofrenia; transtorno mental orgânico (doenças neurológicas); transtornos físicos (câncer, AIDS, HPV).

Adicionem-se aos problemas apresentados três características próprias do estado das mentes suicidas (BRASIL, 2006, p.51):

- a) a ambivalência: o desejo de viver e o desejo de morrer lutando para dominar a mente suicida, uma urgência de sair da dor de viver e o desejo de viver; aqui a estratégia é observar a exposição de acontecimentos suicidas, pois uma pequena parcela dos suicidas consiste de pessoas jovens vulneráveis que expostas ao suicídio na vida real e/ou nos meios de comunicação podem ser estimuladas à ação;
- b) a impulsividade: o impulso para cometer suicídio é transitório e dura alguns minutos, usualmente desencadeado por eventos negativos do dia-a-dia; a estratégia, nestes casos, é impedir/reduzir a possibilidade de acesso imediato a um método para a pessoa cometer o suicídio;
- c) a rigidez: nas pessoas suicidas, os pensamentos, sentimentos e ações estão constrictos, isto é, elas constantemente pensam sobre suicídio e não são capazes de perceber outras maneiras de sair do problema.

Enfim, a prevenção/tratamento do suicídio envolve uma série completa de atividades que estão desde procurar restabelecer o equilíbrio das condições

externas que geraram o comportamento suicida ao enfrentamento efetivo das condições pessoais, dos transtornos psicológicos e/ou mentais, para os quais entende-se ser a terapia cognitivo-comportamental um importante instrumento.

4.3 TEORIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL

A expressão terapia cognitivo-comportamental não é apenas um protocolo de tratamento. A expressão é usada para designar a reunião da terapia cognitiva e da terapia comportamental na constituição de um modelo de atuação psicoterápico no qual o terapeuta e/ou psicoterapeuta investiga se os pensamentos/sentimentos/comportamentos gerados por uma dada situação estimulante caracterizam a relação das pessoas com o ambiente onde vivem.

É uma abordagem ativa, direta e estruturada, orientada para o problema, com prazo limitado e caracterizada pela aplicação de uma variedade de procedimentos clínicos como introspecção, insight, teste de realidade e aprendizagem os quais visam aperfeiçoar discriminações e corrigir concepções equivocadas que supostamente podem sustentar comportamentos, sentimentos e atitudes perturbadas (TAVARES, 2005, p.8).

Psicoterapia cognitivo-comportamental é uma prática de ajuda psicológica que se baseia em uma ciência e uma filosofia do comportamento caracterizada por uma concepção naturalista e determinista do comportamento humano, pela adesão a um empirismo e a uma metodologia experimental como suporte do conhecimento e por uma atitude pragmática quanto aos problemas psicológicos (RANGÉ, 2001, p.35).

Rangé, Falcone e Sardinha (2007, p.5) pesquisaram vários estudos atestando a eficácia das terapias cognitivas, o que as tornam instrumento importante e de validação para as demais abordagens psicoterápicas; dentre elas, a terapia cognitivo-comportamental pode ser indicada como a mais aceita atualmente para o tratamento dos distúrbios psicoterápicos.

Os mesmo autores relatam que o termo “terapias cognitivas” é usado no plural pelo fato de reunirem diferentes tendências e procedimentos de intervenção com muitos aspectos comuns e algumas divergências (RANGÉ; FALCONE; SARDINHA, 2007, p.8).

As terapias cognitivas surgiram nos anos finais da década de 1960 como resultado de um movimento de insatisfação com os modelos estritamente comportamentais que não reconheciam o valor dos processos cognitivos mediando os processos comportamentais.

A premissa central da terapia cognitiva está em deslocar a atenção do terapeuta para o significado que as pessoas atribuem aos estímulos ambientais, ou mais significativamente, a um determinado estímulo ambiental que molda seu humor subsequente e se reflete nas suas respostas comportamentais (WENZEL; BROWN, BECK, 2010, p.51).

Dessa maneira, os eventos adversos (internos ou externos) não geram explicitamente experiências/reações emocionais negativas e sim a maneira como as pessoas percebem, interpretam e julgam as implicações desses eventos. São essas experiências/reações, que perturbadoras por si mesmas retroalimentam os pensamentos adicionais em tais eventos e suas consequências, exacerbando ainda mais “o humor negativo e o comportamento desadaptativo” (WENZEL; BROWN, BECK, 2010, p.51).

Entende-se, neste contexto, que a ideia que suporta um modelo geral da TC são as cognições, as quais influenciam indelevelmente as emoções e os comportamentos e, quando geram pensamentos disfuncionais e distorções cognitivas contribuem para a manutenção das psicopatologias. É a maneira que as pessoas reagem frente a uma dada situação que definirá os seus comportamentos

Consequentemente, são os pensamentos disfuncionais e as distorções cognitivas que produzem as emoções negativas e os comportamentos inadequados, de modo que, combinar técnicas psicoterápicas pode servir para melhorar a percepção das pessoas das suas próprias habilidades de enfrentamento das situações estressantes, fomentando uma visão mais realista e acurada das situações que enfrentam.

Os modelos cognitivo-comportamentais, que incluem as estratégias de solução de problemas comportamentais definidos pelas reações cognitivas, foram desenvolvidos por estudiosos como Meichenbaum (1997), Barlow (1999) e Lineham (1993) entre outros, que entenderam a cognição de uma forma mais concreta, ou seja, como um conjunto de auto-enunciados que também pode ser influenciado pela mesma leis comportamentais, ensinando as habilidades cognitivas específicas (HOLLON; BECK, 1994).

A figura 1 mostra os principais conceitos da teoria geral cognitiva como pano de fundo para ilustrar a descrição de processos específicos de atuação do terapeuta cognitivo-comportamental junto aos pacientes suicidas.

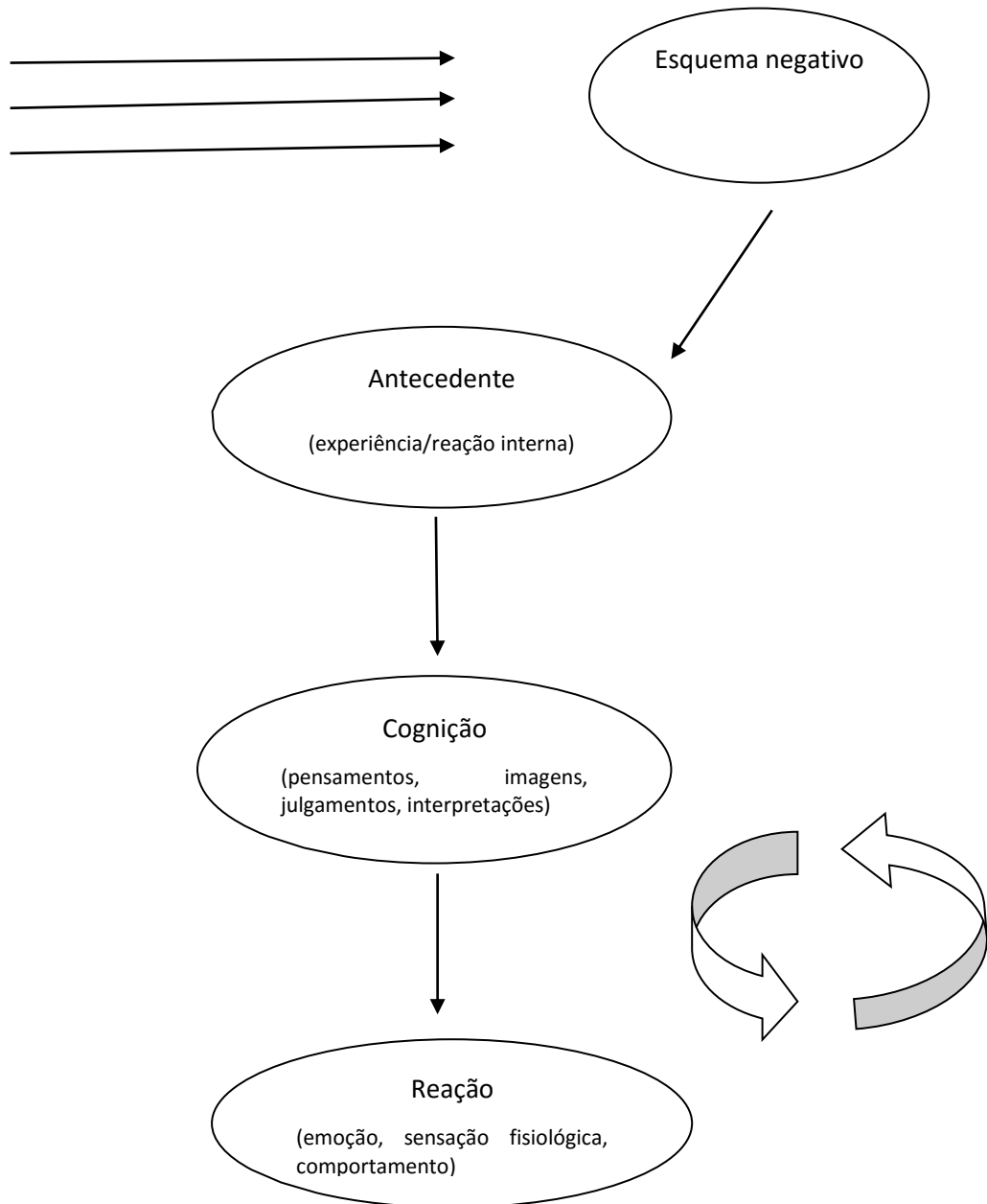


Figura 1 – Ilustração dos principais conceitos da terapia cognitiva

Esquema: “estruturas internas relativamente duradouras de característica armazenadas, genéricas ou prototípicas, de estímulos, idéias ou experiências que são usadas para organizar novas informações de uma forma significativa determinando, portanto, como um fenômeno é percebido e conceituado” (WENZEL; BROWN, BECK, 2010, p.51).

Contemporaneamente, a TCC desenvolvida por Aaron T. Beck na década de 1960 e inicialmente utilizada para tratamento da depressão, é aplicada como tratamento de muitos transtornos psiquiátricos em diversas populações e nos mais variados contextos (BECK, 1997).

Como refere Beck (1997), a TCC é uma forma específica de psicoterapia que ressalta a importância dos processos cognitivos e de suas conseqüências comportamentais no tratamento de vários transtornos mentais e/ou psíquicos, incluindo o suicídio.

Em síntese, a TCC, é

uma psicoterapia breve, estruturada, orientada para o presente, para a solução de problemas e modificação de comportamentos e pensamentos disfuncionais. (...) uma teoria abrangente de psicopatologia que dialoga bem com a abordagem psicoterápica, pesquisas nas bases empíricas para a teoria e condução de estudos empíricos para testar a eficácia da terapia (KNAPP; BECK, 2008, p.255).

Para Beck e Alford (2000), uma teoria sólida e concisa deve ter como sustentação um sistema de axiomas independentes e coerentes disponível em roteiro, ou etapas, para a ativação de estratégias de adaptação, possibilitando uma interação no conteúdo cognitivo e atentando para as distorções que a podem tornar vulnerável.

Ainda conforme Beck e Alford (2000), dez axiomas orientam a TCC:

- a) a principal via do funcionamento ou da adaptação psicológica baseia-se nas estruturas de cognição com significado, os esquemas;
- b) a função da atribuição de significado é controlar os vários sistemas psicológicos (p.ex. comportamental, emocional, atenção e memória); o significado ativa estratégias para adaptação;
- c) as influências entre sistemas cognitivos e outros sistemas são interativas;
- d) cada categoria de significado tem implicações que são traduzidas em padrões específicos de emoção, atenção, memória e comportamento: especificidade do conteúdo cognitivo;
- e) os significados, embora construídos pela pessoa, são corretos ou incorretos em relação a um determinado contexto ou objetivo: são

- disfuncionais ou mal adaptativos, incluem erros no conteúdo cognitivo (significado) e/ou no processamento cognitivo;
- f) as pessoas são predispostas a fazer distorções cognitivas: vulnerabilidade cognitiva; expõe as pessoas a síndromes específicas visto a especificidade cognitiva e a vulnerabilidade cognitiva estarem inter-relacionadas;
 - g) a psicopatologia resulta de significados mal adaptados construídos em relação ao significado, ao contexto ambiental (experiência) e ao futuro (objetivos), a tríade cognitiva:
 - h) atende a dois níveis de significado: um, público ou objetivo de um evento, que pode ter poucas implicações significativas para as pessoas: outro, pessoal ou privado, incluindo implicações, significação ou generalizações extraídas da ocorrência do evento.
 - i) atende a três níveis de cognição: pré-consciente, não intencional, ou automático; consciente (interesse primordial para a melhora clínica em psicoterapia) e metacognitivo;
 - j) os esquemas evoluem para facilitar a adaptação da pessoa ao ambiente: são estruturas telenômicas.

Ainda conforme Beck e Alford (2000), os axiomas devem ser trabalhados sem uma visão estática, mas sim de uma evolução concomitante ao surgimento de novas evidências, pois as mudanças terapêuticas acontecem conforme ocorrem mudanças nos modos disfuncionais de pensamento: o mundo faz parte de uma série de eventos (negativos, positivos e neutros), embora a avaliação cognitiva que as pessoas fazem destes acontecimentos é o caracterizador do tipo de resposta a ser dada na forma de sentimentos e comportamentos, por isso a grande ênfase dada pela TCC aos pensamentos das pessoas e à forma como estas interpretam o mundo.

O avanço da tecnologia e dos estudos genéticos, especialmente no campo da biologia molecular mostram o emprego de métodos sensíveis e rápidos na identificação dos genes associados às doenças mentais que trouxeram crescentes evidências sobre o determinante biológico para o comportamento suicida, considerando que a ação suicida não é só uma resposta lógica ao estresse extremo. Nesse caso, os fatores genéticos, transmitidos independentemente, parecem explicar boa parte dos riscos para o

desenvolvimento da depressão e, por fim, o suicídio. Embora esta contribuição dos fatores genéticos para a vulnerabilidade ao comportamento suicida ainda não esteja devidamente elucidado, recursos como o estudo das interações gene - ambiente, gene-gene-ambiente, análise de famílias entre outros, podem ser úteis para melhor compreender os fenômenos que compõem o comportamento suicida.

As técnicas utilizadas na psicoterapia cognitivo-comportamental incluem: o relaxamento, para auxiliar no controle dos sintomas fisiológicos e compreendem exercícios de respiração e treino de relaxamento; a exposição ou dessensibilização sistemática, colocando a pessoa frente aos seus medos; a reestruturação cognitiva, para enfrentar diretamente as crenças irracionais ou disfuncionais, transformando-as ou substituindo-as por outras mais adaptativas; o treinamento de habilidades sociais, mostra um conjunto comportamental mais amplo e socialmente ajustado, planejado de forma específica para cada caso, auxiliando a pessoa a reconhecer suas deficiências nas habilidades sociais; a análise de custo-benefício pode auxiliar na análise crítica das vantagens/desvantagens de determinado pensamento e/ou comportamento, para estimular a descoberta de motivação para uma mudança do deste pensamento e/ou comportamento.

Para finalizar, é importante entender que as técnicas têm premissas básicas, essenciais nos tratamentos, e devem seguir um roteiro para sua utilização: conhecer e especificar o problema; criar soluções viáveis; avaliar o resultado destas soluções; adotar uma solução e colocá-la em prática; analisar os resultados; rever as premissas para estabelecer as mudanças necessárias e reaplicá-las, nas diversas situações oferecendo uma forma estruturada de lidar com o problema.

As técnicas são fundamentais para o sucesso da TCC nos tratamentos para os quais possam ser prescritas.

5 DISCUSSÃO

A pesquisa bibliográfica permitiu comprovar a eficácia da TCC no tratamento das condições que podem levar ao suicídio e mostram a possibilidade de os pacientes conquistarem a recuperação de seus sentimentos deprimentes minimizando os sintomas ou, até mesmo, eliminando-os.

As doenças mentais e psicológicas são aceitas como criadoras das condições para o suicídio e, dentre elas, a depressão, tida como uma das principais causas para a incapacidade de viver das pessoas, descrita pelos estudiosos pesquisados como uma doença que compromete a pessoa integralmente. Assim, corpo, humor, pensamento e comportamento ficam alterados, caracterizando um estado de saúde no qual são afetados, especialmente, o sono e a alimentação. Como consequência também são afetadas a forma como as pessoas se sentem em relação a si mesmas e as condições do mundo que as rodeia, destacando: angústia, ansiedade, desânimo, falta de energia, uma tristeza profunda aliada ao tédio e apatia.

Outros quadros de alteração de saúde, como a esquizofrenia ou o alcoolismo, ou as fobias sociais, por exemplo, também seguem praticamente o mesmo protocolo com alterações físicas e psíquicas que alteram o comportamento das pessoas abrindo espaço para a ideação suicida.

Entende-se, frente à pesquisa levada a termo, que o suicídio é, na verdade, um ato de comunicação. Para as pessoas vivendo em uma rede de relacionamentos, a morte de uma pessoa, nestas circunstâncias, sempre se torna significativa. Contudo, as pessoas que pensam em suicídio deixam passar a oportunidade de usar vínculos sociais para partilharem seus sentimentos, porque vêem o mundo de maneira muito particular. Nesse quadro, o suicídio se transforma em um meio de comunicação, transformado em uma fala que deixou de ser dita, pela própria incapacidade dessas pessoas de comunicarem seus sentimentos, seus medos, suas dores!...o suicídio é a oportunidade de interrupção dessas existências infelizes, possivelmente sob a égide da oportunidade de recomeçarem, o que jamais acontece, pois a morte é definitiva.

Observa-se, entretanto, que muitas outras pessoas também se encontram em situações semelhantes, de grande desespero ou solidão existencial e, nem por isso, buscam o suicídio. A diferença entre elas, é provável, não está na existência de personalidades suicidas, mas sim em vulnerabilidades emocionais.

Há que se considerar a parcela da participação genética no suicídio, com estudos que vem sendo feitos desde os anos iniciais do século passado, os quais mostraram que, em parentes biológicos de pessoas que foram adotadas quando recém-nascidas que se suicidaram na idade adulta, apresentavam ideação de suicídio significativamente maior do que as observadas entre os parentes adotivos. O comportamento genético talvez explique, de certa forma, a ocorrência de os casos de suicídio numa mesma família, tais como filhos de pais depressivos mostrarem uma predisposição maior à doença. Devido a este fator parentes de suicidas precisam ser observados.

Há que observar, também, que o suicídio não é a solução idealizada pela maioria das pessoas que passam por situações desesperadoras, mas cogita que certas circunstâncias podem favorecer ao ato: o aumento da idade (jovens também se suicidam), o sexo masculino (as mulheres geralmente tentam mais); as perdas importantes na infância (nos mais velhos, aumentam as tentativas); em perdas mais recentes, frente à irrevogabilidade dos acontecimentos; o acúmulo de perdas durante a vida (desemprego, separação, viuvez,...); o alcoolismo e drogas; a depressão; a diminuição da saúde e da energia de viver; o relato de tentativas anteriores de suicídio (GUILHARDI, 2001).

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

De acordo com os estudos consultados, a depressão é resultante de um programa inadequado de reforço positivo contingente com o comportamento não depressivo da pessoa, logo, um tratamento que a ajude a aumentar a qualidade do seu comportamento interpessoal deve atuar como um reforço positivo para aumentar a taxa de comportamento anti-depressivo.

Em vista disto, o tratamento cognitivo-comportamental 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.

6 CONCLUSÃO

Neste estudo, uma contribuição visando alertar sobre a complexidade das ações das pessoas que se predispõem ao suicídio, busca um novo olhar sobre as possibilidades de tratamento para impedir a consumação do ato.

As pesquisas mostram que o suicídio é um fenômeno pessoal e intransferível, determinado por inúmeros fatores dentre os quais se destacam os transtornos psicossociais como a depressão e o alcoolismo.

O estudo apresentado permitiu constatar que as técnicas adotadas pela terapia cognitivo-comportamental têm mostrado resultados eficientes no tratamento das muitas condições que podem induzir uma pessoa ao suicídio especialmente quando aliadas ao compromisso, à sensibilidade, ao conhecimento e à preocupação com a crença de que a vida é um aprendizado constante ao enfatizar as estratégias cognitivas e os experimentos comportamentais que proporcionam metodologias para a elaboração de estratégias objetivas de avaliação e validação das cognições pessoais ao promover a auto-descoberta e facilitar a reestruturação cognitiva. Cabe ressaltar que a parceria terapeuta-paciente precisa ser estreitada e mantida no compartilhamento de informações e técnicas de acordo com o modelo da TCC adotado.

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 o tratamento do suicídio propriamente dito, abrindo espaço para a sugestão de futuras pesquisas para investigar a efetividade das técnicas utilizadas para o tratamento do suicídio.

REFERÊNCIAS

- BARROS, A.J.S.; LEHFELD, N.A.S. **Fundamentos de metodologia científica: um guia para a iniciação científica**. 2ed. São Paulo: Makron, 2000.
- BECK, A.T. Introdução. In WENZEL, A.; BROWN, G.K.; BECK, Aaron T. **Terapia cognitivo-comportamental para pacientes suicidas**. Porto Alegre: Artmed, 2010. p. 9 – 16.
- BECK, J.S. **Terapia cognitiva: teoria e prática**. Tradução de Sandra Costa. Porto Alegre: Artmed, 1997.
- BECK, A.T.; ALFORD, N.A. Delusions: a cognitive perspective. **Journal of Cognitive Psychotherapy**, v.16, n.4, p.:455-468, 2000.
- BECKER, P.L.; JUSTI, A.A. Terapia cognitivo-comportamental e ideação suicida: possibilidades de intervenção. In NEUFELD, C.B.; SARDINHA, A.; PALMA, P.C. (Orgs). **Programa e resumo do X Congresso Brasileiro de Terapias Cognitivas**. Porto de Galinhas/PE: Federação Brasileira de Terapias Cognitivas, 2015.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde Mental. Estratégia Nacional de Prevenção do Suicídio. **Manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental**. Brasília: [2006].
- CVV – Centro de Valorização da Vida. **Falando abertamente sobre suicídio**. Disponível em: <<http://cvv.org.br/images/stories/saibamais/>>. Acesso em: 18 jun.2015. Manual.
- CVV- Centro de Valorização da Vida. **Suicida: conhecer para prevenir**. Disponível em: <<http://cvv.org.br/images/stories/saibamais/>>. Acesso em: 18 jun.2015a. Cartilha.
- DOBSON, D.; DOBSON, K.S. **A terapia cognitivo-comportamental baseada em evidências**. Porto Alegre: Artmed, 2011.
- DURKHEIM, E. **O suicídio**. São Paulo: Martin Claret, 2008. Liv. II, cap. V, p. 294
- HOLLON, S.D.; SHELTON, R.C.; LOOSEN, P.T. Cognitive therapy and pharmacotherapy for depression. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, v.59, n.3, p.88-99, 1991
- JAMISON, K.R. **Quando a noite cai: entendendo o suicídio**. Rio de Janeiro: Gryphus, 2011.
- KNAPP, P.; BECK, A. Fundamentos, modelos conceituais, aplicações e pesquisa da terapia cognitiva. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v.30, n.2, p.554-564.

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.

OMS – Organização Mundial da Saúde. Departamento de Saúde Mental. **Prevenção do suicídio**: um manual dirigido a profissionais de equipes de saúde mental. Campinas: Unicamp, 2000.

PALOSKI, L.H.; CHRIST, H.D. Terapia cognitivo-comportamental para deliane Mary de Oliveira; SARDINHA, Aline. História e panorama atual das terapias cognitivas no Brasil. Rio de Janeiro, **Revista Brasileira de Terapia Cognitiva**, v.3, n.2, dez.2007.

RANGÉ, B.P.; FALCONE, E.M.O.; SARDINHA, A. História e panorama atual das terapias cognitivas no Brasil. Rio de Janeiro, **Revista Brasileira de Terapia Cognitiva**, v.3, n.2, dez.2007.

SEGAL, J. **Aspectos genéticos do comportamento suicida**. 71p. Porto Alegre, 2009. Tese (Doutorado em Psiquiatria, Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas. Universidade Federal do Rio Grande do Sul-UFRGS.

TAVARES, L. **Abordagem cognitivo-comportamental no atendimento de pacientes com história de depressão e déficit em habilidades sociais**. Universidade Federal de Santa Catarina. Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Departamento de Psicologia. Relatório de Estágio na Área de Psicologia Clínica. 2005.

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