

Roberta Ferrari Marback¹
Cátula Pelisoli²

Terapia cognitivo-comportamental no manejo da desesperança e pensamentos suicidas

Cognitive-behavioral therapy in the management of hopelessness and suicidal thoughts

RESUMO

O suicídio é um problema de saúde pública, sendo considerado uma das principais causas de morte no mundo. O comportamento suicida envolve ideação, planejamento, tentativa e suicídio propriamente dito, comportamentos em geral motivados por crenças de desesperança. Este estudo teve como objetivo identificar as contribuições da terapia cognitivo-comportamental (TCC) no manejo da desesperança e de pensamentos suicidas, buscando compreender a relação entre eles; identificar a tríade cognitiva relacionada ao problema e verificar estratégias da TCC no tratamento desses pacientes. Para isso, foi realizada uma revisão narrativa da literatura, integrando dados nacionais e internacionais sobre o tema. Os resultados demonstram que o indivíduo que apresenta intenção suicida em geral manifesta a desesperança como crença, caracterizada por uma visão de futuro vazio, sem perspectivas. As intervenções focalizam a relação terapêutica e utilizam estratégias como psicoeducação, resolução de problemas, estratégias de controle de impulsos e busca de apoio social. Muitas vezes, é fundamental a intervenção de áreas como psiquiatria e serviço social, que, juntamente com o processo terapêutico, vão buscar promover esperança. Considerando a gravidade e a complexidade do comportamento suicida, é fundamental que profissionais da saúde mental conheçam estratégias úteis e eficazes como as propostas pela TCC para um manejo eficiente do problema.

Palavras-chave: desesperança, ideação suicida, terapia cognitivo-comportamental.

ABSTRACT

Suicide is a public health problem and is one of the leading causes of death worldwide. Suicidal behavior involves ideation, planning, trial and suicide itself, behaviors generally motivated by hopelessness beliefs. This study aimed to identify the contributions of Cognitive Behavioral Therapy - CBT in the management of hopelessness and suicidal thoughts, trying to understand the relationship between them; identify the cognitive triad-related problem and check strategies of CBT in the treatment of these patients. For this, a narrative review of the literature was performed by integrating national and international data on this topic. The results show that the person who has suicidal intent usually expresses hopelessness as belief, characterized by a vision of empty future without prospects. Interventions focus on the therapeutic relationship and use strategies such as psychoeducation, problem solving, impulse control strategies and the seeking of social support. Often, the intervention of areas such as Psychiatry and Social Services, which, along with the therapeutic process, will seek to promote hope, is very important. Considering the seriousness and complexity of suicidal behavior, it is essential that mental health professionals know useful and effective strategies as proposed by TCC for efficient handling of the problem.

Keywords: hopelessness, suicidal ideation, cognitive-behavioral therapy.

¹ Doutora em Ciências (USP) - (Professora da Universidade Salvador. Psicóloga Clínica) - Salvador, BA, Brasil.

² Doutora em Psicologia (UFRGS) - (Psicóloga Judiciária do Tribunal de Justiça do Estado do Rio Grande do Sul).

Correspondência:

Roberta Ferrari Marback.
Instituição: Universidade Salvador.
Rua Dr. Eduardo Bahiana, nº 181, Apt 601, Edf Sky Pituba.
Salvador - Bahia, Brasil.
CEP: 41810-600.
E-mail: robertamarback@uol.com.br

Este artigo foi submetido no SGP (Sistema de Gestão de Publicações) da RBTC em 25 de fevereiro de 2015. cod. 337.

Artigo aceito em 24 de Março de 2016.

10.5935/1808-5687.20140018

INTRODUÇÃO

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 (Durkheim, 2000). De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), suicídio é o ato deliberado de matar a si mesmo (World Health Organization [WHO], 2014).

O suicídio está entre as principais causas de morte no mundo, sendo atualmente considerado um problema de saúde pública em decorrência do aumento considerável de casos na população mundial. Em 2012, de acordo com a OMS (WHO, 2014), ocorreram 804.000 mortes por suicídio em todo o mundo, número que representa 11,4 mortes para cada 100 mil habitantes. Sabe-se que, em países desenvolvidos, há um número de morte por suicídio de homens três vezes maior do que de mulheres. Entretanto, em países em desenvolvimento, a proporção é de 1,5 homem para cada mulher. Globalmente, os suicídios são responsáveis por 50% de todas as mortes violentas entre os homens e por 71%, nas mulheres.

O Brasil está entre os 10 países que registram os maiores números absolutos de suicídio, uma média de 24 mortes a cada dia. Do total de mortos, 79,3% são homens, prevalecendo uma razão de 3,8 homens para cada mulher, de acordo com o Ministério da Saúde (Brasil, 2007). Há certa dificuldade acerca dos dados relacionados aos métodos utilizados no suicídio, já que muitos países não fazem a coleta dessas informações. Essa dificuldade pode ser percebida no fato de que, entre os anos de 2005 e 2011, apenas 76 dos 194 Estados-membros da OMS obtinham dados sobre mortalidade por suicídio, o que equivale a 28% dos suicídios ocorridos no mundo. Tais dados são pertinentes a países desenvolvidos. Diante dos dados existentes, sabe-se que 50% dos suicídios ocorrem por enforcamento e 18%, por armas de fogo. A ingestão de pesticidas também é um método comumente utilizado, além de outros métodos, que variam de acordo com a população (WHO, 2014).

Diante da dificuldade de obtenção de dados em países em desenvolvimento, alguns pesquisadores se basearam em dados publicados na literatura científica para obtenção de informações sobre mortes por suicídio nessas regiões. Observou-se, no entanto, que o autoenvenenamento tem prevalência significativa. Outros dados apontam que o método de suicídio pode mudar de um país para outro, de acordo com o modo de vida, com a cultura. Sendo assim, em áreas altamente urbanizadas, como China, Hong Kong e Cingapura, onde existem muitas construções altas, o método mais comum de suicídio é pular de andares altos desses edifícios. Outro método que se tornou muito comum a partir de 1998 na China foi a utilização de carvão para a produção do gás monóxido de carbono, que é altamente tóxico (WHO, 2014).

O comportamento suicida pode ser compreendido como uma série de comportamentos dentre os quais estão o pensamento (ou ideação) suicida, o planejamento para o suicídio, a tentativa de suicídio e o suicídio propriamente dito (WHO, 2014). Segundo Wenzel, Brown e Beck (2010), a ideação suicida é compreendida como pensamentos, crenças, imagens, vozes ou qualquer outra cognição mencionada pelo indivíduo que se refere a acabar com a própria vida. Já o planejamento para o suicídio acontece no momento em que o indivíduo, mobilizado com a ideação, decide planejar detalhes para a realização do ato, como o método a ser usado, o local, o melhor horário e, em alguns casos, escrever um bilhete de despedida (Meleiro & Bahls, 2004). A tentativa de suicídio, por sua vez, é definida por comportamentos autoagressivos não fatais, que podem deixar sequelas, graves ou não. Por último, o suicídio se caracteriza pela intencionalidade, pelo planejamento e pelo comportamento altamente danoso, que resultam na morte.

No que se refere à idade, em quase todas as regiões do mundo, as taxas de suicídio são mais altas em pessoas com idade acima dos 70 anos, de ambos os sexos. No entanto, os dados mostram que, em alguns países, os jovens lideram essas taxas, o que coloca o suicídio como a segunda principal causa de morte em pessoas com idades entre 15 e 29 anos no mundo (WHO, 2014).

Estudo realizado sob a assistência da OMS, na cidade de Campinas, em São Paulo, identificou que 17,1% dos respondentes já pensaram seriamente em pôr fim à vida; 4,8% elaboraram um plano para pôr fim à vida e 2,8% tentaram suicídio. Desses 2,8% que tentaram o suicídio, apenas um terço foi atendido em unidade hospitalar em decorrência do ato. Percebe-se, com esses dados, que apenas uma pequena parcela de pessoas com comportamento suicida é notificada como tal, já que são poucos os indivíduos que chegam a ser acompanhados em unidade hospitalar após tentativa de suicídio (Botega, Barros, Oliveira, Dalgallarrondo, & Marín-León, 2005).

Dentre os principais fatores de risco para o suicídio, podem ser destacadas as dificuldades de acesso aos serviços de saúde; o estigma associado à busca de ajuda; desastres, guerras e conflitos entre os povos; trauma e abuso; transtornos por uso de substâncias; conflitos relacionais, falta de rede social de apoio e perdas; transtornos mentais; desesperança; dor crônica; fatores genéticos e biológicos; tentativas anteriores de suicídio (WHO, 2014).

Os transtornos mentais têm significativa associação com comportamento suicida (Beck, 2005; Wenzel et al., 2010; WHO, 2014). Assim, 90% das pessoas que morreram por suicídio apresentavam algum transtorno mental. 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 bipolar. Quando há comorbidade, entretanto,

o risco de suicídio aumenta, isto é, pessoas que apresentam mais de um transtorno mental têm riscos significativamente mais altos (WHO, 2014). A terapia cognitivo-comportamental (TCC) tem eficácia comprovada no tratamento dos mais diversos transtornos psiquiátricos (Beck, 1997; Beck, Rush, Shaw, & Emery, 1997; Wright, Basco, & Thase, 2008), inclusive com pacientes com transtornos crônicos, graves e resistentes ao tratamento (Wright et al., 2008). O presente estudo tem como objetivo geral identificar as contribuições da TCC no manejo da desesperança e de pensamentos suicidas. Assim, pretende compreender a relação entre desesperança e pensamentos suicidas; identificar a tríade cognitiva relacionada ao problema e verificar estratégias da TCC para o trabalho terapêutico com esses pacientes. Para isso, foi realizada uma revisão narrativa da literatura, que, segundo Rother (2007), é uma pesquisa bibliográfica ampla, que apresenta e discute determinada temática. Esse método de revisão não utiliza critérios explícitos e sistemáticos para busca e análise crítica da literatura. Dessa forma, não é necessário o esgotamento de fontes de informações, tampouco a informação sobre a metodologia para busca das referências ou critérios aplicados para avaliação e seleção dos trabalhos pesquisados. Foram realizadas buscas de referências nacionais e internacionais relacionando TCC e suicídio, com foco na tríade cognitiva e na crença de desesperança, bem como nas estratégias úteis para lidar com o problema.

DESESPERANÇA

A desesperança é uma cognição, uma crença de um futuro sem perspectivas, e está intimamente relacionada à intenção suicida. A desesperança pode ser compreendida como uma crença pertinente a um esquema de suicídio que, quando ativada, recorre a recursos cognitivos que o reforçam (Wenzel et al., 2010).

O indivíduo que apresenta crença de desesperança tende a prever o futuro sem expectativas, perde a motivação pela vida e seu desejo de viver é arruinado. Pensamentos comuns de uma pessoa desesperançosa são: “Eu não tenho nada a esperar, as coisas nunca vão melhorar”; “Eu não vejo nada melhorar, não há razão para viver”; “Eu não consigo suportar a vida, jamais poderei ser feliz”; “Eu sou um peso para os meus familiares, é melhor que fiquem sem mim”; “Eu me sinto infeliz e só tenho uma saída”. Percebe-se que, com esses pensamentos, o indivíduo não consegue vislumbrar outra saída, que não seja acabar com a própria vida, único meio que acredita ter para lidar com seus problemas sem solução (Beck et al., 1997).

Indivíduos com diagnóstico de depressão apresentam a tríade cognitiva negativa, sendo que, em um dos domínios dessa tríade, está a desesperança (Wright, Sudak, Turkington, & Thase, 2012). Entende-se como tríade cognitiva três padrões cognitivos que levam o paciente a compreender a si mesmo, suas experiências e seu futuro de forma peculiar.

Um dos componentes da tríade cognitiva se refere à visão negativa que o paciente tem de si mesmo. Assim, o paciente com desesperança se percebe anormal, defeituoso, falho e, diante disso, acredita que não tem valor, subestimando suas potencialidades (Beck et al., 1997).

Ainda de acordo com Beck e colaboradores (1997), o segundo fator que compõe a tríade cognitiva do paciente desesperançoso é a propensão a analisar negativamente suas atuais experiências. Assim, interpreta de maneira errada suas interações com o ambiente, sempre tendenciando para a derrota. Considerando o terceiro componente da tríade cognitiva, percebe-se a visão negativa do futuro, havendo sempre a espera de frustrações ou dificuldades infundáveis. O fracasso está sempre presente. A desesperança, considerada um sintoma central da depressão, é uma cognição especialmente danosa, com comportamentos desadaptativos (Wright et al., 2012). O desejo que um paciente deprimido tem de sair dessa vida que está levando pode ser tão forte, que a ideia de suicídio passa a representar um alívio para a situação que está vivenciando (Beck et al., 1997; Botega, Werlang, Cais, & Macedo, 2006).

Estudo realizado por Medeiros e Sougey (2010) acerca de distorções do pensamento em pacientes deprimidos mostrou que a desesperança foi o pensamento mais recorrente entre os indivíduos pesquisados, com uma prevalência de 85,5%, seguido da ideação suicida, com 65,5%. No que se refere às tentativas de suicídio, 42,7% dos respondentes mencionaram pelo menos uma tentativa ao longo da vida. Sabe-se que a desesperança está estreitamente relacionada com intenção suicida, e pesquisas mostram que pessoas que apresentam desesperança como cognição prévia tendem a cometer suicídio tempos depois (Botega et al., 2006; Wenzel et al., 2010; WHO, 2014). Há, portanto, a relação entre ter alto nível de desesperança e forte desejo suicida.

A desesperança pode ser distinguida entre seus *status* de estado e traço. Entende-se que um estado de desesperança é aquele que pode ser ativado a qualquer momento, como, por exemplo, em um momento anterior à tentativa de suicídio. Já o traço é compreendido como expectativas negativas estáveis para o futuro. Acredita-se que, quanto mais potente for o traço, menor número de adversidades é necessário para que aconteça uma crise suicida e a experiência de um estado de desesperança. Dessa maneira, entende-se que, quando um traço de desesperança é ativado, há uma interação com estressores ambientais, no intuito de impulsionar esse estado de desesperança. Quanto mais potente é o estado de desesperança, maior é a associação com ideação suicida (Beck, 1986 apud Wenzel et al., 2010).

Ainda que seja forte a associação da desesperança com atos suicidas, é importante destacar que esta não é condizente a todos os pacientes suicidas. Há pacientes, por exemplo, que tentam o suicídio e têm pouca intenção de morte. Tal comportamento é explicado pela necessidade que sentem de comunicar algo a alguém (Wenzel et al., 2010). Esse fato

está relacionado a mitos existentes acerca dos comportamentos suicidas, a exemplo da pressuposição de que pessoas que falam de suicídio não o cometerão, já que sua intenção seria apenas chamar a atenção. Isso é um engano, sendo preciso que todos que estão ao redor de uma pessoa com tal comportamento atentem, levem esse discurso a sério e tomem as devidas precauções. Outro mito existente é de que o suicídio acontece sem aviso e é sempre impulsivo, o que também é errôneo, pois os indivíduos suicidas em geral realizam alguma comunicação, seja verbal ou comportamental, acerca das ideias da intenção de morte. Além disso, a autodestruição pode parecer um ato impulsivo, mas tal ato pode ter sido ponderado durante um bom tempo (Brasil, 2006; WHO, 2006).

A TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL NA PREVENÇÃO DO SUICÍDIO

Entende-se a TCC como uma abordagem estruturada, focal, diretiva e ativa, que tem eficácia no tratamento de diversos transtornos psiquiátricos. Essa abordagem se debruça sobre o pressuposto de que o afeto e o comportamento de uma pessoa são influenciados pela maneira como ela percebe o mundo (Beck et al., 1997). O modelo cognitivo entende o processamento cognitivo como a avaliação que o indivíduo faz internamente dos acontecimentos, bem como do ambiente que o circunda. Nesse contexto, as cognições têm estreita relação com as reações emocionais (Wright et al., 2008). O pressuposto central é o de que não são os eventos em si, mas a interpretação que se faz dos eventos que traz implicações emocionais para as pessoas. Diante das situações que ocorrem, as pessoas interpretam e reagem de acordo com essa interpretação. Entretanto, muitas vezes, tais interpretações estão distorcidas em relação à realidade do sujeito, podendo provocar comportamentos disfuncionais.

Entende-se por pensamentos automáticos as cognições que ocorrem de forma instantânea quando há avaliação de significado de acontecimentos. Os esquemas são considerados crenças nucleares que atuam como regras para o processamento de informações, começam a se constituir na infância e são influenciados pelas experiências de vida do indivíduo (Wright et al., 2008).

No processo psicoterapêutico da TCC, há uma busca pelo desenvolvimento de processos conscientes e adaptativos de pensamento, como o pensamento racional e a solução de problemas. Além disso, espera-se que o paciente reconheça e modifique sua maneira patológica de pensar, especificamente em dois níveis de processamento de informações, que são os pensamentos automáticos e os esquemas (Wright et al., 2008). A TCC preza por uma aliança terapêutica segura, que se embasa em cordialidade, atenção, respeito genuíno, empatia e competência. Além disso, busca enfatizar problemas atuais e situações que provoquem aflição no paciente. No processo de tratamento, são utilizadas técnicas que visam reestruturação de pensamento, humor e comportamento. Torna-se importante

a adequação ao ritmo e ao funcionamento de cada paciente, bem como nunca confrontá-lo diretamente, pois há o risco do desenvolvimento de resistência ao tratamento (Beck, 1997).

O processo terapêutico da TCC com o paciente com pensamentos suicidas tem similaridades com o processo terapêutico da TCC para pacientes com depressão, com transtornos de ansiedade, com transtornos de dependência de substância, dentre outros (Wenzel et al., 2010). A TCC com o paciente suicida se debruça sobre os problemas de vida do indivíduo, mais aguçadamente se estes estiverem concatenados com crises suicidas. Sendo assim, torna-se importante atentar para a prevenção do suicídio, seja na busca de estratégias que modifiquem a ideiação ou intenção suicida, seja na busca de estratégias que provoquem esperança para o futuro (Wenzel et al., 2010).

Sabe-se da eficácia comprovada do tratamento da TCC para pacientes com quadros depressivo e ansioso, os quais podem aumentar o risco de suicídio. Um terapeuta com características ativas e assertivas, que acredite no tratamento e tenha um plano de ação é ponto importante para gerar mudança nas cognições, nas emoções e nos comportamentos do paciente. Uma aliança terapêutica estabelecida pode contribuir para a redução da desesperança e dos pensamentos suicidas (Sudak, 2012).

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

Estudo realizado por Brown e colaboradores (2005) com um grupo de pacientes com graus significativos de desesperança aponta que intervenções realizadas por meio de 10 sessões de TCC tornaram 50% dos participantes menos propensos à tentativa de suicídio no período do acompanhamento do que o grupo que não recebeu tal tratamento. Além disso, foi constatada diminuição significativa dos níveis de desesperança do grupo que foi acompanhado a partir da TCC, bem como outros sintomas depressivos se tornaram menos graves. O grupo que recebeu intervenções da TCC tinha acompanhamento uma ou duas vezes na semana, a depender da necessidade individual. Nessas sessões, o principal objetivo era o desenvolvimento de estratégias de prevenção de atos suicidas. Dessa forma, a característica primordial do processo terapêutico consistiu na identificação de pensamentos, imagens e crenças centrais que eram ativadas antes da tentativa de suicídio e estratégias cognitivas e comportamentais foram aplicadas para desenvolver pensamentos e crenças adaptativos como estratégias de enfrentamento nas situações estressoras. Foram trabalhados também fatores de vulnerabilidade como desesperança, dificuldade na resolução de problemas, dificuldade no controle de impulsos e isolamento social, além da prevenção de recaídas, intervenção realizada próximo do final das sessões.

Há algumas características peculiares ao paciente suicida, como, por exemplo, déficit de importantes habilidades cognitivas, comportamentais e afetivas para lidar com determinadas situações; fracasso no uso de habilidades aprendidas, bem como na aplicação de recursos disponíveis durante as crises suicidas. Nesses casos, observa-se que os pensamentos automáticos e as crenças centrais desadaptativas impedem o uso das habilidades e recursos (Wenzel et al., 2010).

Sendo assim, a TCC busca a diminuição de possíveis atos suicidas, que pode ser conquistada a partir de algumas estratégias e técnicas: treino de habilidades para resolução de problemas; busca de ferramentas cognitivas para identificar razões para viver e promover esperança; promoção de estratégias que ampliem a ligação do paciente com suas redes sociais de apoio; incentivo ao paciente à busca pelos tratamentos psiquiátrico, e serviço social concomitante ao processo psicoterapêutico (Henriques, Beck, & Brown, 2003; Wenzel et al., 2010).

Apesar da gravidade e da complexidade do suicídio, a preocupação clínica e social parece ser maior do que a atenção acadêmica oferecida ao problema. Exemplo disso é a dificuldade em obter publicações específicas sobre o tratamento desse comportamento, tanto na literatura internacional quanto na nacional. Esta revisão narrativa abordará de maneira integrativa duas publicações encontradas sobre TCC do comportamento suicida, sendo um artigo internacional (Henriques et al., 2003) e um livro traduzido para a língua portuguesa (Wenzel et al., 2010). Tais publicações apresentam diretrizes baseadas em evidências para acompanhamento de pessoas com história de tentativas de suicídio, demonstrando as fases do tratamento, com seus respectivos objetivos.

De acordo com os dois estudos mencionados, torna-se importante trabalhar, logo na fase inicial do tratamento, o engajamento do paciente no processo terapêutico, avaliar os riscos de comportamentos suicidas, desenvolver planos para trabalhar possíveis fatores que podem desencadear crises e transmitir esperança para o paciente (Henriques et al., 2003; Wenzel et al., 2010). Henriques e colaboradores (2003) acrescentam, ainda, que orientar o paciente em relação ao modelo cognitivo, desenvolver a conceituação cognitiva, incluindo as tentativas de suicídio e elaborar a lista de problemas e metas para o tratamento são passos importantes para a eficácia do tratamento em seu período inicial.

No que se refere ao engajamento do paciente no processo terapêutico, sabe-se que há alguns fatores que implicam o abandono do tratamento, como poucos recursos econômicos, transtorno mental, abuso de substâncias, vergonha por ter tentado suicídio e crenças distorcidas acerca dos serviços de saúde mental. Dessa forma, cabe ao terapeuta uma postura ativa com o objetivo de manter a adesão do paciente ao tratamento (Henriques et al., 2003; Wenzel et al., 2010), pois a crença de desesperança, uma peculiaridade do paciente suicida, tende a afastá-lo do tratamento, deixando-o desacreditado (Wenzel et al., 2010).

Ao contrário do que o senso comum postula, fazer o paciente falar acerca do suicídio diminui a probabilidade de tentativas, já que um diálogo aberto e sincero minimiza o estigma, que é tão arraigado nesses indivíduos (Wenzel et al., 2010).

Outro ponto importante, não só na fase inicial, mas nas subseqüentes, é a avaliação do risco de suicídio. Entre os principais riscos, estão: ideação suicida; comportamento relacionado ao suicídio; diagnóstico clínico geral e psiquiátrico; vulnerabilidades psíquicas, como a desesperança e psicossociais; história de perdas; abuso físico ou sexual.

Torna-se importante mencionar alguns instrumentos criados para mensurar fatores relacionados à ideação suicida e aos atos suicidas, dentre eles a intenção associada a uma tentativa anterior, a letalidade de uma tentativa anterior e a severidade da ideação. Esses elementos foram primordialmente utilizados em contextos de pesquisa, mas atualmente os terapeutas cognitivos os utilizam com intenção de complementação da avaliação diagnóstica (Wenzel et al., 2010).

A Escala de Desesperança, desenvolvida por Beck e colaboradores (1974 apud Beck et al., 1997), 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 (Beck et al., 1997). 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 (Weishaar, 2004), 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 (Wenzel et al., 2010). Ambos os instrumentos são padronizados e validados para uso no Brasil (CFP, 2014).

Outro instrumento relevante que pode auxiliar na avaliação diagnóstica do paciente suicida é a Escala de Atitudes Disfuncionais, que mensura crenças e pressuposições que podem levar à vulnerabilidade cognitiva para a depressão (Orsini, Tavares, & Tróccoli, 2006; Weishaar, 2004). Já o Teste de Autoconceito de Beck avalia atitudes, crenças, opiniões e pensamentos do paciente em relação a si mesmo (Cohen, Swerdlick, & Sturman, 2012). Consiste na autoclassificação, a partir de uma escala de cinco pontos, em cada uma das 25 características pessoais

(Weishaar, 2004). Vale ressaltar que o Sistema de Avaliação de Testes Psicológicos (CFP, 2014) até o presente momento ainda não validou os três últimos instrumentos como favoráveis para a utilização no Brasil.

Os planos de segurança são estratégias criadas para que o paciente possa, em um momento de crise, recorrer e se prender a elas, evitando futuras tentativas. Devem ser construídos e escritos junto com o paciente, registrados em uma lista e, no momento exato, consultados. Pontos que necessariamente devem constar na lista de planos de segurança são o reconhecimento de sinais que em geral antecedem as crises suicidas, a utilização de estratégias que sirvam de enfrentamento à situação, o contato de familiares e/ou outras pessoas de confiança (Henriques et al., 2003; Wenzel et al., 2010).

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 (Beck, 1997; Henriques et al., 2003). 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 (Henriques et al., 2003; Wenzel et al., 2010). 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.

Na fase intermediária, segundo Henriques e colaboradores (2003), é preciso encorajar o paciente a desenvolver competências para lidar com situações adversas, buscando a reestruturação cognitiva e mudança no comportamento. Wenzel e colaboradores (2010) referem que, nessa fase, é importante também avaliar os riscos de suicídio, atentar para os planos de segurança, criar estratégias de intervenções comportamentais, afetivas e cognitivas, além de identificar razões para viver, desenvolver habilidades de resolução de problemas e reduzir comportamentos de impulsividade.

O desenvolvimento de estratégias comportamentais, cognitivas e afetivas deve ser proporcionado ao paciente para lidar com a ideação suicida e reduzir ou cessar a possibilidade de futuras tentativas de suicídio. Além disso, não se deve deixar de realizar uma revisão acerca dos riscos de suicídio e dos planos de segurança que o paciente tem para enfrentar as crises suicidas (Wenzel et al., 2010). É comum iniciar essa fase a partir das estratégias comportamentais, que serão responsáveis pela contenção das crises suicidas. Para isso, é preciso buscar aumentar a quantidade de tempo dedicado à realização de atividades prazerosas, assim se propicia o empenho do paciente com seus ambientes,

aumentando possibilidades de reforços positivos e prazer, bem como engajamento em outras situações mais complexas. O aprimoramento da rede social de apoio nesse momento torna-se fundamental, já que o paciente necessita do fortalecimento de relações com pessoas próximas para melhor resultado no tratamento. Além disso, é preciso avaliar a necessidade de acompanhamento do paciente também por outros profissionais, como psiquiatras e assistentes sociais, e engajá-los nesses outros tratamentos (Wenzel et al., 2010).

Para Wenzel e colaboradores (2010), 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. O uso de lembretes que contenham itens que identifiquem 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. As estratégias de *coping* afetivo são desenvolvidas no intuito de melhorar a regulação das emoções, para que não ocorram autoagressões e/ou atos suicidas.

Por fim, na fase avançada do tratamento, é primordial trabalhar a prevenção de recaídas para crises suicidas, de acordo com os estudos de Henriques e colaboradores (2003) e Wenzel e colaboradores (2010). Além disso, Wenzel e colaboradores (2010) mencionam a importância de retomar atividades apreendidas nas fases anteriores. Sendo assim, é necessária avaliação pelo terapeuta do aprendizado e da aplicação de habilidades do paciente para lidar com a crise suicida.

Para Wenzel e colaboradores (2010), o trabalho acerca da prevenção de recaídas para as crises suicidas requer passos que devem ser seguidos, a saber:

1. Preparação: apresentação das etapas a serem seguidas e verificação da compreensão do paciente; descrição de reações emocionais negativas e discussão de estratégias para lidar com elas; obtenção do consentimento do paciente;
2. Revisão da crise suicida recente: avaliação da capacidade do paciente de produzir uma imagem, caso ele não consiga, é preciso ensiná-lo; estabelecimento da cena e solicitação da descrição no tempo verbal presente, na forma mais real possível; destaque aos pensamentos, emoções, comportamentos e situações significativas para o desencadeamento da crise;
3. Revisão da crise suicida recente usando habilidades: solicitação da descrição em tempo verbal presente da sequência de eventos que desencadearam a crise; incentivo ao paciente a discriminar as estratégias de *coping* e respostas a tal situação;

4. Revisão de crise suicida futura: solicitação ao paciente que imagine e descreva situações que podem desencadear crises suicidas futuras; busca de pensamentos, emoções, comportamentos e situações que podem provocar a crise; incentivo à descrição das estratégias de *coping* e respostas emitidas pelo paciente para tais eventos;
5. *Debriefing* e seguimento: o paciente deve falar acerca do que aprendeu com os exercícios; identificação de questões emergentes durante os exercícios que ainda são consideradas problemas; caso o paciente ainda esteja com ideias suicidas, determinar um plano para ele lidar com elas; revisão do plano de segurança; oferecimento de sessões adicionais de tratamento ou disponibilidade para contato telefônico para o paciente.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho tratou de realizar uma revisão narrativa de estudos recentes acerca de intenção e pensamentos suicidas, abordando a desesperança e apoiado em intervenções fundamentadas na TCC. O suicídio tem sido considerado um problema de saúde pública no Brasil e no mundo, e tal questão implica a preocupação dos profissionais da saúde mental para um melhor restabelecimento desses pacientes. Este artigo procurou investigar as bases cognitivas para o comportamento suicida e as estratégias recomendadas na literatura nacional e internacional para lidar com o problema.

A conceituação cognitiva de pacientes suicidas propõe que, em momentos de estresse, os pensamentos tornam-se mais rígidos e distorcidos, e as crenças sobre si, sobre o mundo e sobre o futuro tornam-se inflexíveis. As distorções cognitivas levam a emoções e comportamentos também distorcidos e, conseqüentemente, a falsas conclusões (Weishaar, 2004). Dentre os diversos fatores envolvidos com risco para suicídio, observa-se a desesperança como uma mola propulsora e um alvo importante para intervenções da TCC. A perda de qualquer esperança, a impossibilidade de vislumbrar motivos que levem à vida e o desespero por não conseguir encontrar uma saída para essa situação podem levar o indivíduo a acreditar erroneamente que o suicídio seria sua melhor opção.

O terapeuta cognitivo-comportamental pode tornar-se um alicerce seguro, ao buscar gerar algum grau de esperança no paciente suicida, mesmo que seja mínimo, mas o suficiente para levá-lo a seguir em frente e fazer com que o risco de suicídio seja amenizado. Para isso, o terapeuta deve se utilizar de técnicas da TCC já comprovadas para tal diagnóstico, que se mostram eficazes e efetivas. A aliança terapêutica é o foco fundamental, que vai amparar estratégias mais objetivas como resolução de problemas, busca de apoio social, manejo de impulsos e prevenção à recaída. Entretanto, torna-se importante

aliar o processo terapêutico a outras estratégias, também fundamentais ao tratamento do paciente suicida, como ações no âmbito familiar, social e profissional do indivíduo, sempre as direcionando a favor da sua saúde mental. Compartilhar o caso com outras disciplinas, como psiquiatria e serviço social, pode fazer diferença nesses casos, uma vez que uma atenção interdisciplinar lida é dirigida. A promoção da esperança é aquilo que está subjacente às intervenções cognitivas, na medida em que se reconhece o papel fundamental da desesperança, como estado ou traço, nos diversos comportamentos suicidas, seja a ideiação, o planejamento ou o ato propriamente dito. Os recursos do terapeuta como sua empatia e capacidade de construir uma aliança continente com o paciente vão fomentar as bases de uma relação, por onde vão desdobrar-se as técnicas cognitivas e comportamentais específicas para o problema. De acordo com Botega e colaboradores (2006), é por meio de atitudes que tenham caráter acolhedor que se torna possível proporcionar atenção, interesse e preocupação, que estimulam o sentimento de esperança no indivíduo.

REFERÊNCIAS

- Beck, A. T. (2005). The current state of cognitive therapy: A 40-year retrospective. *Archives of General Psychiatry*, 62, 953-959. DOI:<http://dx.doi.org/10.1001/archpsyc.62.9.953>
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1997). *Terapia cognitiva da depressão*. Porto Alegre: Artmed.
- Beck, J. S. (1997). *Terapia cognitiva: Teoria e prática*. Porto Alegre: Artmed.
- Botega, N. J., Barros, M. B. A., Oliveira, H. B., Dalgalarondo, P., & Marín-León, L. (2005). Suicidal behavior in the community: Prevalence and factors associated with suicidal ideation. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 27(1), 45-53. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-44462005000100011>
- Botega, N. J., Werlang, B. S. G., Cais, C. F. S., & Macedo, M. M. K. (2006). Prevenção do comportamento suicida. *Psico PUCRS*, 37(3), 213-220.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2006). *Prevenção do suicídio: Manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental*. Campinas: Unicamp. Recuperado de http://www.bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_editoracao.pdf
- Brasil. Ministério da Saúde. (2007). *Saúde Brasil 2007: Uma análise da situação de saúde*. Brasília: MS. Recuperado de http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_brasil_2007.pdf
- Brown, G. K., Have, T. T., Henriques, G. R., Xie, S. X., Hollander, J. E., & Beck, A. T. (2005). Cognitive therapy for the prevention of suicide attempts: A randomized controlled trial. *Journal of American Medical Association*, 294(5), 563-570. DOI:<http://dx.doi.org/10.1001/jama.294.5.563>
- Cohen, R. J., Swerdlik, M. E., & Sturman, E. D. (2012). *Testagem e avaliação psicológica: Introdução a testes e medidas*. Porto Alegre: Artmed.
- Conselho Federal de Psicologia (CFP). (2014). *Sistema de Avaliação de Testes Psicológicos (SATEPSI)*. Recuperado de <http://www.satepsi.cfp.org.br/listaTeste.cfm>
- Durkheim, E. (2000). *O suicídio: Estudo de sociologia*. São Paulo: Martins Fontes.

- Henriques, G., Beck, A. T., & Brown, G. K. (2003). Cognitive therapy for adolescent and young adult suicide attempters. *American Behavioral Scientist*, 46, 1258-1268. DOI: <http://dx.doi.org/10.1177/0002764202250668>
- Medeiros, H. L. V., & Sougey, E. B. (2010). Distorções do pensamento em pacientes deprimidos: frequência e tipos. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 59(1), 28-33. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0047-20852010000100005>
- Meleiro A. M. A. S., & Bahls, S. C. (2004). O comportamento suicida. In A. M. A. S.
- Meleiro, C. T. Teng, & Y.P. Wang, Suicídio: Estudos fundamentais (pp. 13-36). São Paulo: Segmento Farma.
- Orsini, M. R. C. A., Tavares, M., & Tróccoli, B. T. (2006). Adaptação brasileira da Escala de Atitudes Disfuncionais (DAS). *Psico-USF*, 11(1), 25-33.
- Rother, E. T. (2007). Revisão sistemática x revisão narrativa. *Acta Paulista de Enfermagem*, 20(2), 6-7. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002007000200001>
- Sudak, D. M. (2012). Combinando terapia cognitivo-comportamental e medicamentos: Uma abordagem baseada em evidências. Porto Alegre: Artmed.
- Weishaar, M. E. (2004). Fatores cognitivos de risco para o suicídio. In P. Salkovskis, *Fronteiras da terapia cognitiva* (pp. 201-219). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Wenzel, A., Brown, G. K., & Beck, A. T. (2010). Terapia cognitivo-comportamental para pacientes suicidas. Porto Alegre: Artmed.
- World Health Organization (WHO). (2006). *Prevenção do suicídio: Um recurso para conselheiros*. Genebra: OMS. Recuperado de http://www.who.int/mental_health/media/counsellors_portuguese.pdf
- World Health Organization (WHO). (2014). *Preventing suicide: A global imperative*. Genebra: WHO. Recuperado de http://www.who.int/about/licensing/copyright_form/en/index.html
- Wright, J. H., Basco, M. R., & Thase, M. E. (2008). *Aprendendo a terapia cognitivo-comportamental: Um guia ilustrado*. Porto Alegre: Artmed.
- Wright, J. H., Sudak, D. M., Turkington, D., & Thase, M. E. (2012). *Terapia cognitivo-comportamental de alto rendimento para sessões breve: Guia ilustrado*. Porto Alegre: Artmed.