

## **ETIOLOGIA E MANEJO DO COMPORTAMENTO SUICIDA: A PERSPECTIVA DA TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL<sup>1</sup>**

### *ETIOLOGY AND MANAGEMENT OF SUICIDE BEHAVIOR: THE PERSPECTIVE OF COGNITIVE-BEHAVIORAL THERAPY*

**Nathália Ruviaro<sup>2</sup>, Andrizza Saraiva Corrêa<sup>3</sup>, Katia Simone da Silva Silveira<sup>4</sup>**

#### **RESUMO**

O suicídio é considerado um comportamento com determinantes multifatoriais e resultado de uma complexa interação de fatores psicológicos e biológicos, inclusive genéticos, culturais e socioambientais. Nenhuma das variáveis sozinhas é suficiente para desencadear um ato suicida. Considerando esses fatores, o presente estudo tem como objetivo compreender a perspectiva da abordagem cognitivo-comportamental (TCC) sobre os aspectos etiológicos e o manejo no comportamento suicida através de uma revisão narrativa da literatura. Tal estudo permitiu apontar que o este tipo de comportamento é determinado por um conjunto de fatores que predisõem uma vulnerabilidade a tendência suicida, tendo inter-relação com perturbações emocionais, fatores socioculturais, vivências traumáticas, história psiquiátrica e vulnerabilidade genética. O manejo com o paciente que apresenta comportamento suicida decorre no desenvolvimento de estratégias cognitivo-comportamentais e a importância de um trabalho de prevenção do suicídio e promoção de qualidade de vida.

**Palavras-chave:** crise suicida, fatores psicológicos, manejo terapêutico.

#### **ABSTRACT**

*Suicide is considered a behavior with multifactorial determinants and the result of a complex interaction of psychological and biological factors, including genetic, cultural and socio-environmental ones. None of these variables alone is sufficient to trigger a suicidal act. Considering these factors, the present study aims to understand the perspective of cognitive behavioral approach (CBT) on the etiological aspects and the management of suicidal behavior through a narrative literature review. This study showed that this type of behavior is determined by a set of factors that predispose a vulnerability to suicidal tendency, with interrelationship of emotional problems, sociocultural factors, traumatic experiences, psychiatric history and genetic vulnerability. The management with the patient who presents suicidal behavior stems from the development of cognitive behavioral strategies and the importance of suicide prevention work and promotion of quality of life.*

**Keywords:** suicidal crisis, psychological factors, therapeutic management.

---

<sup>1</sup> Revisão bibliográfica

<sup>2</sup> Discente do curso de Especialização em Terapia Cognitivo-comportamental - Cognitivo. E-mail: nathaliaruviaro@gmail.com

<sup>3</sup> Colaboradora. Docente do curso de graduação em Psicologia - Faculdade Integrada de Santa Maria (FISMA). E-mail: ksmhd@hotmail.com

<sup>4</sup> Orientadora. Docente do curso de Especialização em Terapia Cognitivo-comportamental - Cognitivo. Docente do curso de graduação em Psicologia - Faculdade Integrada de Santa Maria (FISMA). E-mail: andrizascorrea@gmail.com

## INTRODUÇÃO

O suicídio é uma das principais causas de morte no mundo e é definido pela Associação Brasileira de Psiquiatria (2014) como um ato deliberado executado pelo próprio indivíduo, cuja intenção seja a morte, usando um meio que acredita ser letal. O estado em que a pessoa passou pelo processo de ideação, intenção e/ou já realizou uma ou mais tentativas de suicídio, refere-se ao comportamento suicida, que é o ato de causar lesão a si mesmo, independentemente do nível da lesão e da motivação. Pode-se entender por comportamento suicida pensamentos de autodestruição e atitudes de autoagressão capaz de levar à morte (MAGALHÃES; ANDRADE, 2019).

O suicídio é um fenômeno que ocorre em todas as regiões do mundo. Segundo dados da Organização Mundial de Saúde, estima-se que anualmente mais de 800 mil pessoas morrem por suicídio. A cada adulto que se suicida, pelo menos outros 20 atentam contra a própria vida (OMS, 2014). Assim, o suicídio representa 1,4% de todas as mortes em todo o mundo. Neste sentido, o suicídio é considerado um grande problema de saúde pública sendo a 15ª principal causa de mortes na população geral configurando-se como a segunda maior causa entre jovens de 15 a 29 anos de idade (OMS, 2017).

Estima-se que até 2020 poderá ocorrer um incremento de 50% na incidência anual de mortes por suicídio em todo o mundo, sendo o Brasil o oitavo país em número absoluto de suicídios. Houve um aumento de 10,4% na quantidade de mortes entre os anos 2000 e 2012, sendo observado um aumento de mais de 30% em jovens. Além disso, cada suicídio tem um sério impacto na vida de pelo menos outras seis pessoas que fazem parte da rede do indivíduo (ABP, 2014).

De forma geral, o suicídio predomina em homens, numa proporção aproximada de três homens para uma mulher 3:1. Embora seja observada uma relação inversa quanto às tentativas de suicídio, torna-se importante ressaltar que essas diferenças vêm diminuindo (BERTOLOTE; FLEISCHMANN, 2009). Entre 2011 e 2016, observou-se aumento dos casos notificados de lesão autoprovocada nos sexos feminino e masculino de 209,5% e 194,7%, respectivamente (WHO, 2017).

No que se refere à faixa etária, em quase todas as regiões do mundo, as taxas de suicídio são mais elevadas em pessoas com idade acima dos 70 anos, de ambos os sexos (WHO, 2016). Em ambos os sexos o risco aumentou ao longo do período passando de 8,4 para 9,1/100 mil hab. no sexo masculino e de 2,3 para 2,5/100 mil hab. no feminino. Assim, o crescimento da taxa foi de 0,7/100 mil hab. no sexo masculino e de 0,2/100 mil hab. no feminino (OMS, 2017).

Estima-se que para cada caso de suicídio existam pelo menos dez tentativas de gravidade significativa para requerer cuidados médicos, e que as tentativas de suicídio sejam até quarenta vezes mais frequentes do que os suicídios consumados (MELLO-SANTOS; WANG; BERTOLOTE, 2005). As tentativas de suicídio tendem a ser recorrentes e a história de tentativa prévia representa o mais importante preditor de suicídio completo (VOLPE; CORRÊA; BARRERO, 2006).

O suicídio é um fenômeno presente ao longo de toda a história da humanidade, em todas as culturas. É um comportamento com determinantes multifatoriais e resultado de uma complexa interação de fatores psicológicos e biológicos, inclusive genéticos, culturais e socioambientais. Deve ser considerado como desfecho de uma série de fatores que se acumulam na história do indivíduo, não podendo ser considerado de forma causal e simplista apenas a determinados acontecimentos pontuais da vida da pessoa. É a consequência final de um processo (ABP, 2014).

É importante ressaltar que nenhuma das variáveis sozinhas é suficiente para desencadear um ato suicida. Na verdade, esses fatores se acumulam e interagem entre si para aumentar a vulnerabilidade de uma pessoa ao comportamento suicida (BOTEGA, 2015). Considerando estes dados importantes, este estudo objetiva compreender a perspectiva da abordagem cognitivo-comportamental sobre os aspectos etiológicos e o manejo no comportamento suicida através de uma revisão narrativa da literatura.

## **MATERIAL E MÉTODOS**

O presente estudo consiste em uma revisão narrativa da literatura. Este tipo de estudo é baseado em artigos científicos, livros e capítulos e demais produções de referência para descrever e discutir o desenvolvimento de um assunto, sob ponto de vista teórico, partindo de uma questão-problema aberta (CORDEIRO *et al.*, 2007).

Para sua realização, procederam-se as seguintes etapas: primeiramente a identificação e delimitação do assunto, na qual se formularam os descritores para a revisão da literatura, sendo estes: suicídio, comportamento/crise suicida, tratamento/ manejo, terapia cognitivo-comportamental, aspectos etiológicos. Em um segundo momento, a identificação das fontes disponíveis, onde foram consultados livros e artigos de periódicos nas bases de dados SciELO, PePSIC, PsycINFO, MEDLINE e PubMed para obtenções relativas ao tema estudado. Optou-se pela delimitação do período das publicações de 2000 a 2019 de modo a abranger um número significativo de achados. Os critérios de inclusão foram definidos pela busca de estudos que abordassem o tema suicídio compreendido através do comportamento suicida, ideação, tentativa ou crise suicida. Além disso, os estudos selecionados deveriam abordar a terapia cognitivo-comportamental como forma de manejo/ atendimento terapêutico, deveriam estar no idioma português ou inglês, disponíveis na íntegra e gratuitamente. Foram excluídos aqueles estudos que tratavam sobre as famílias de pessoas que cometerem o suicídio, o luto, estudos que abordassem outras formas terapêuticas ou de manejo que não incluíssem a abordagem cognitivo-comportamental e estudos que disponibilizavam apenas o resumo na base de dados.

Após a seleção dos achados, foi realizada uma análise de conteúdo de modo a criar categorias para responder aos objetivos deste trabalho. A análise de conteúdo ou também chamada de análise temática teve intuito de apresentar uma perspectiva de análise de crítica. Segundo Bardin (2016) este

tipo de análise é um recurso bastante prático, dependente do tipo de assunto a que se dedica e do tipo de análise que pretende realizar com o seu objetivo.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram selecionados um total de 22 estudos que cumpriram os critérios de inclusão e exclusão. A discussão está organizada seguindo a análise de conteúdo dos achados de modo a responder os objetivos deste estudo. Neste sentido, a discussão iniciará abordando os aspectos etiológicos do comportamento suicida, a seguir a perspectiva da abordagem cognitivo-comportamental na temática em questão, e por fim o manejo da abordagem no comportamento suicida.

### ASPECTOS ETIOLÓGICOS

O processo suicida foi descrito por Wenzel *et al.*, (2010), como uma predisposição do indivíduo considerada a partir de uma complexa inter-relação de diferentes fatores. Estes podem ser, por exemplo, a história psiquiátrica, fatores socioculturais e sociodemográficos, vulnerabilidade genética e vivências traumáticas.

Segundo Botega (2015) a história psiquiátrica, ou seja, a presença de um transtorno mental é um fator de risco quase essencial, ainda que insuficiente, para o suicídio. Dados sugerem que uma perturbação psiquiátrica, persistente por muito tempo, como evidenciado por um transtorno psiquiátrico crônico ou um tratamento anterior, coloca indivíduos em risco de se engajarem em atos suicidas (WENZEL *et al.*, 2010). Neste sentido, pode-se dizer que a variável central na etiologia de atos suicidas é a presença de um ou mais tipos de perturbações psiquiátricas.

Em geral, admite-se que de 90% a 98% das pessoas que se suicidam têm um transtorno mental por ocasião do suicídio. Um número considerável de tipos de perturbações psiquiátricas é associado às tentativas de suicídio e ao suicídio, incluindo depressão maior, transtorno bipolar, transtornos relacionados ao uso de substâncias, transtornos psicóticos e alguns transtornos de personalidade (BERTOLOTE *et al.*, 2010; WENZEL *et al.*, 2010).

Assim, um transtorno mental é um fator de risco quase essencial e isso é por diversas razões: a condição clínica dificulta a adaptação à sociedade, leva à estigmatização, diminui a adaptação funcional e a qualidade de vida, provoca com frequência sentimentos dolorosos, como ansiedade, raiva e frustração. Essa condição representa um ônus emocional e financeiro para o indivíduo e para a família que se predispõe a vários estresses situacionais (BOTEGA, 2015).

Pesquisas apontam que entre 30 e 40% dos indivíduos que morrem por suicídio possuem alguma afecção médica. Os índices são maiores em pessoas com doenças físicas que causam comprometimento funcional, desfiguração, dor e dependência de cuidados de outrem. Vale ressaltar que a

presença de doenças raramente aumenta o risco de suicídio por si só, muitas vezes a vulnerabilidade ao suicídio aumenta por meio da ativação da desesperança, da falta de sentido percebido para a vida e da perda de importantes papéis sociais (BOTEGA, 2015; LEVENSON, BOSTWICK, 2005; HUGHES, KLEESPIES, 2001).

Quando um indivíduo vai para além da ideação e da tentativa e comete o suicídio, a predisposição e acontecimentos que ficaram no passado distante costumam ser menos lembrados pelos outros. Em um primeiro momento tende-se a procurar o fator mais recente que possa de alguma forma explicar a morte. Variáveis como idade, gênero, condições socioeconômicas, orientação sexual, raça e etnia foram identificadas como importantes, e geralmente são vistos como fatores de risco para os atos suicidas (BOTEGA, 2015; WENZEL *et al.*, 2010).

No entanto, Wenzel *et al.*, (2010) destacam que a identificação de variáveis demográficas relacionadas com atos suicidas não expõe o mecanismo específico por meio do qual as crises suicidas são ativadas em indivíduos vulneráveis. Neste cenário, ressalta-se a importância de interpretar os fatores de risco demográficos no contexto dos processos e sintomas psicológicos que estão presentes no paciente que apresentou esta conduta.

No que tange às questões de hereditariedade, há sugestões de que o comportamento suicida possa ter relação com esta variável. Parentes de primeiro grau de pessoas que cometeram suicídio têm risco cinco vezes maior de pôr fim à própria vida. O histórico familiar de suicídio também está associado as tentativas de suicídio e as mortes por suicídio. Um histórico familiar de atos suicidas distingue indivíduos que fizeram apenas uma tentativa dos que fizeram múltiplas tentativas. Aqueles que realizaram múltiplas tentativas são mais propensos a terem pelo menos um membro da família que tentou ou morreu por suicídio (BOTEGA, 2015; CHENG, CHEN, CHEN, JENKINS, 2000; FORMAN *et al.*, 2004; TURECKI, 2001).

Ainda sobre hereditariedade e fatores genéticos, a precisão direta é objeto de especulações, mas que pode ser inferida a partir da história familiar do indivíduo que apresenta esse comportamento. Entretanto, outro modelo de entendimento de suscetibilidade ao comportamento e a ideação suicida, inclui a participação da propensão biológica, movida pela genética, combinada com fatores ambientais, como adversidades ocorridas na infância. Traços impulsivos e/ou agressivos, experiências traumáticas na infância, desamparo, pessimismo, carência de apoio social, rigidez cognitiva, prejuízo na capacidade de solução de problemas e acesso a meios letais são alguns componentes desse modelo (MANN, 2013).

A combinação de predisposição genética a impulsividade/agressividade, estressores na infância precoce e mau funcionamento familiar pode conduzir ao surgimento precoce de psicopatologia e, na vida adulta, ao comportamento suicida. Assim, a partir de situações traumáticas ocorridas precocemente na infância, pode-se desregular a expressão de certo número de genes envolvidos em funções normais do cérebro, essa desregulação vem sendo frequentemente encontrada em casos de suicídio (LABONTÉ; TURECKI; 2010; TURECKI, 2005).

Neste sentido, a exposição na infância, às relações parentais violentas também aumentam o risco de comportamento suicida. O histórico de abuso na infância é associado com níveis maiores de perturbações psiquiátricas e com uma maior chance de engajamento neste tipo de conduta. De modo consistente, os estudos científicos confirmam a associação de abuso na infância com vários transtornos mentais, bem como com a ideação e o comportamento suicida (BOTEGA, 2015; DUBE *et al.*, 2001; WENZEL *et al.*, 2010).

Dessa forma, sugere-se que o comportamento suicida é em parte hereditário, pois sabe-se que vários genes estão relacionados a esse tipo de conduta. Tais genes candidatos regulam proteínas envolvidas no metabolismo da serotonina, do transportador de serotonina, dos receptores de serotonina, da monoaminoxidase, da dopamina, do ácido gama-aminobutírico e da catecol-o-metiltransferase (JIMENEZ-TREVIÑO *et al.*, 2011).

A função serotoninérgica regula o sistema de resposta ao estresse e está implicada na vulnerabilidade para a depressão e o comportamento suicida. Nesta função que se encontra o maior número de evidências e atualmente têm-se proporcionado informações importantes sobre a anatomia, o desenvolvimento e o funcionamento deficiente do sistema serotoninérgico e sobre suas alterações em pacientes suicidas (BOTEGA, 2015).

Deve-se pensar na complexidade de um sistema de neurotransmissão que pode estar patologicamente afetado em certos transtornos mentais e comportamentos anormais, além do sistema serotoninérgico. Outro foco de investigação são as alterações do eixo hipófise-hipotálamo-adrenal, com consequente resposta deficiente de glicocorticóides, principalmente do cortisol, em situação de estresse. Tais alterações têm sido encontradas em indivíduos com história de comportamento suicida e em seus familiares (CORYELL, SCHLESSER, 2001; GUINTIVANO *et al.*, 2014).

A presença de tentativas prévias, talvez seja o mais potente preditor do suicídio. Estima-se que os indivíduos que já realizaram uma tentativa de suicídio são de 38 a 40 vezes mais propensos a eventualmente morrerem por suicídio do que seria esperado. Além disso, estudos apontam que o histórico de uma tentativa anterior permanece significativamente associado à ideação suicida mesmo quando uma série de outros fatores de risco bem estabelecidos para atos suicidas são levados em conta na análise, e concluíram que indivíduos que realizam tentativas as fazem com crescente severidade, e grande parte das tentativas é associada a taxas mais altas de morte por suicídio (CARTER *et al.*, 2005; JOINER *et al.*, 2005; WENZEL *et al.*, 2010).

Segundo as pesquisas, nenhum desses fatores isolados possui força suficiente para provocar ou prevenir um comportamento suicida, e que na realidade, é sua combinação que leva à crise que resulta nesse comportamento. Os fatores de risco podem ter um papel causal no desenvolvimento da crise, isto é, aumentam a probabilidade de uma tentativa de suicídio, mas não são nem necessários nem suficientes para que ocorra o ato (BERTOLOTE *et al.*, 2010; DATTILIO, FREEMAN, 2004).

Neste sentido, pode-se dizer que o suicídio é multideterminado por um conjunto de fatores de diferentes naturezas, externos e internos ao indivíduo, que se combinam de modo complexo e variável. De forma geral, o risco de um comportamento suicida é dado por indicadores de natureza sociodemográfica e clínica (BERTOLOTE; MELLO-SANTOS; BOTEGA, 2010).

## A PERSPECTIVA DA ABORDAGEM COGNITIVO COMPORTAMENTAL

Entende-se a TCC (terapia cognitivo-comportamental) 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. 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. Assim, as pessoas interpretam e reagem de acordo com essa interpretação. Entretanto, muitas vezes, tais interpretações estão distorcidas em relação à realidade do indivíduo, podendo provocar comportamentos disfuncionais (WENZEL *et al.*, 2010).

Estudos sugerem que perturbações emocionais associadas a perturbações psiquiátricas se acumulam e aumentam a probabilidade de que estruturas cognitivas especificamente associadas aos atos suicidas sejam ativadas. O suicídio é um comportamento em que a escolha pessoal e as influências sociais estão enredadas (BOTEGA, 2015; WENZEL *et al.*, 2010).

O estado psíquico de alguém prestes a se matar foi denominado como uma dor intolerável, vivenciada como uma turbulência emocional interminável, uma sensação angustiante de estar preso em si mesmo, sem encontrar a saída. Decorre do desespero de não ter as necessidades psicológicas básicas atendidas, como as necessidades de realização, autonomia, reconhecimento, amparo, evitação a humilhação, vergonha e de dor (BOTEGA, 2015).

Hendin *et al.* (2006), afirmam que quanto mais pronunciado o sentimento de desesperança mais elevado o risco do comportamento suicida, e com isso, esse sentimento passou a ser tomado como um marcador cognitivo de expectativas negativas em relação ao futuro, mais relevante do que o humor depressivo em si. O desespero foi o principal estado afetivo capaz de diferenciar as pessoas que cometem o ato suicida, junto com ele costuma haver outros afetos intensos e a percepção de que a vida entrou em colapso, de que a pessoa está sendo deixada de lado.

Neste sentido, a combinação de desespero e desesperança acaba por levar à necessidade de um alívio rápido: a cessação da consciência para interromper a dor psíquica. Na crise suicida o estado de construção cognitiva não permite opções de ação para enfrentar os problemas e a situação agrava-se dramaticamente quando a pessoa tem pouca flexibilidade para enfrentar adversidades e propensão à impulsividade (BOTEGA, 2015).

Autores destacam que existe algo fundamentalmente diferente sobre os processos cognitivos dos indivíduos suicidas. É apresentado um modelo cognitivo integrado dos atos suicidas que determinam fatores de vulnerabilidade disposicionais, incluindo a impulsividade, os déficits na resolução de problemas, o perfeccionismo e outras atitudes, além de um estilo supergeneralizado de memória (RUDD, 2004; WENZEL *et al.*, 2010).

Além do sentimento de desesperança, existem também outras características afetivas como o estado de desânimo e desespero, motivacionais como o desejo de acabar com a própria vida e comportamentais como a tentativa de suicídio. Muitas delas são experimentadas enquanto o esquema de suicídio está ativado e então se tornam o foco primário no âmbito de uma fixação atencional (RUDD, 2004).

Pode-se dizer que os indivíduos são incapazes de usar a razão para seus problemas e focam-se no suicídio como sua única saída, a limitação disposicional na resolução de problemas provavelmente aumenta a chance de que o indivíduo suicida irá experimentar uma fixação atencional em momentos de estado de desesperança e realizar uma tentativa de suicídio em vez de engajar-se em alternativas mais adaptativas (WENZEL *et al.*, 2010). Estes indivíduos parecem apresentar níveis aumentados de crenças irracionais ou disfuncionais e se comportam de maneira impulsiva, além de poder apresentar também déficits no pensamento futuro positivo (DATILIO; FREEMAN, 2004).

Para que uma tentativa de suicídio se desenvolva, cognições sobre fracassos na vida, como um não pertencimento ou uma percepção de fardo são necessárias, e essas percepções de fracasso alimentam os esquemas suicidas, particularmente o esquema baseado na desesperança. O suicídio é mediado por sentimentos de pessimismo ou desesperança e alguns indivíduos são motivados por um desejo de escapar ou colocar fim ao sofrimento enquanto outros são motivados por um desejo de comunicar suas preocupações a outrem (DATILIO, FREEMAN, 2004; JOINER *et al.*, 2005; JOINER, 2007).

A presença de qualquer um desses construtos não garante que um indivíduo irá se engajar em um ato suicida; fatores de vulnerabilidade disposicionais, esquemas negativos e estressores de vida interagem e aumentam a probabilidade de que os esquemas de suicídio sejam ativados. É a interação de cognições relacionadas ao suicídio (como estado de desesperança, ideação suicida) e de processos cognitivos relacionados ao suicídio (como vieses atencionais e fixação) que aumentam a probabilidade de uma pessoa engajar-se em um ato suicida (WENZEL *et al.*, 2010).

Após uma tentativa de suicídio, ocorrem mudanças ambientais (reforçadores familiares e sociais) capazes de aumentar ou diminuir a probabilidade de novos atos suicidas. Os estudos apoiam a visão de que os atos suicidas são evitáveis e que existem vários tratamentos baseados em evidências, como a terapia cognitivo-comportamental, que demonstra ser eficaz na redução da taxa de tentativas de suicídio (WENZEL *et al.*, 2010).

## MANEJO COM O PACIENTE SUICIDA

É preciso desenvolver empatia no que se refere ao sofrimento humano. Poder disponibilizar-se para se aproximar do lugar no qual o paciente está e, por meio de sua disponibilidade, a esperança de que o paciente possa reconhecer suas potencialidades a fim de ampliar sua maneira de enfrentamento de seus sofrimentos (FUKUMITSU, 2014).

A terapia cognitivo-comportamental tem como objetivo aliviar vieses e distorções cognitivas específicas, desenvolver habilidades comportamentais, reduzir o estresse ambiental, desenvolver apoio e ajudar o paciente a comunicar suas preocupações aos outros de forma mais clara e adaptativa (DATTILIO; FREEMAN, 2004). Na ideação e no comportamento suicida, os recursos e a esperança do paciente encontram-se enfraquecidos, a capacidade de avaliar a realidade, de vislumbrar saídas diferentes, de examiná-las criticamente e de selecionar a mais conveniente está comprometida. Com isso, indicam-se novas estratégias, condutas, alternativas para lidar com os problemas (BOTEGA, 2015).

Do ponto de vista do tratamento, a intervenção inclui não apenas um foco no desenvolvimento de estratégias efetivas de resolução de problemas, mas também no desenvolvimento de estratégias cognitivas e comportamentais. Dentre algumas delas estão o treino de habilidades para resolução de problemas, que auxiliam no gerenciamento de futuras crises suicida; a busca de ferramentas cognitivas para identificar razões para viver e promover esperança; a promoção de estratégias que ampliem a ligação do paciente com suas redes sociais de apoio; e incentivo ao paciente à busca pelos tratamentos psiquiátricos (HENRIQUES, BECK, BROWN, 2003; WENZEL *et al.*, 2010).

Na vigência de uma crise suicida, os pacientes estão demasiadamente desesperados, deprimidos ou fragilizados e o objetivo é reduzir a perturbação mental e, conseqüentemente, o risco do suicídio. Para isso, procura-se descobrir o que pode ser mudado e não as razões mais profundas para a existência de comportamentos ou sentimentos. Sendo assim, uma relação terapêutica que preza pelo cuidado e não pela cura pode ser facilitadora para que o paciente ressignifique seu desespero e descubra perspectivas de manejo de seus conflitos (BOTEGA, 2015; FUKUMITSU, 2014).

Em um momento de crise, são criados os planos de segurança que são estratégias utilizadas para que o paciente possa 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; BECK; BROWN, 2003).

Uma meta terapêutica inicial é aumentar o sentimento de esperança do paciente, demonstrando que, embora o suicídio continue sendo uma opção, não é a única opção, além do mais, não é a melhor opção. O objetivo do manejo da crise é preservar a vida do paciente e isso se consegue

devolvendo a esperança ao paciente, criando impedimentos efetivos, aliviando estressores e oferecendo apoio (DATTILIO; FREEMAN, 2004).

Além disso, torna-se importante trabalhar, 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; BECK; BROWN, 2003). Na visão de constrição cognitiva e estreitamento da visão presente no comportamento suicida, torna-se imprescindível abordar o pensamento dicotômico, que deixa apenas duas alternativas ao paciente: viver como o imaginado e desejado ou tirar a própria vida (BOTEGA, 2015).

Outro objetivo é tratar o pessimismo e desmoralização do paciente por meio de exercícios/tarefas cognitivas e comportamentais e pela modelação oferecida pelo terapeuta de resolução efetiva de problemas e otimismo diante de problemas difíceis. Deve-se incluir também o desenvolvimento de relações interpessoais estáveis e apoiadoras, e a aprendizagem de maneiras mais efetivas ou adaptativas de comunicar suas preocupações aos outros (DATTILIO; FREEMAN, 2004).

Henriques, Beck e Brown (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. Além disso, os pacientes devem ser encorajados a reconhecer suas capacidades de influenciar os acontecimentos da sua vida. A crença de que o suicídio é uma solução viável deve ser contestada diretamente e um dos objetivos é aumentar o senso de controle e efetividade pessoal do paciente (DATTILIO; FREEMAN, 2004).

Além de aumentar o sentimento de esperança e trabalhar o engajamento do paciente, é comum iniciar o tratamento a partir das estratégias comportamentais, que serão responsáveis pela contenção das crises e comportamentos suicidas. Para isso, é preciso buscar aumentar a quantidade de tempo dedicado à realização de atividades prazerosas, propiciando 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 (WENZEL *et al.*, 2010).

As crenças, metas e expectativas do indivíduo em relação ao futuro têm importantes implicações comportamentais e emocionais e essas crenças e expectativas afetam não apenas a motivação da pessoa, mas também seu autoconceito. Deve-se tentar diretamente identificar e amenizar crenças depressiogênicas e distorções cognitivas, pois o foco está em mudar esquemas e padrões comportamentais interpessoais disfuncionais (DATTILIO; FREEMAN, 2004).

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).

O manejo com aqueles que pensam no suicídio requer respeito, disponibilidade, trabalho constante com dores, tolerância às frustrações e trabalho interdisciplinar. É preciso favorecer a ampliação de outras maneiras para enfrentar o sofrimento. Sendo assim, torna-se importante atentar para a prevenção do suicídio, seja na busca de estratégias que modifiquem a ideação ou intenção suicida, seja na busca de estratégias que promovam esperança para o futuro (FUKUMITSU, 2014; WENZEL *et al.*, 2010).

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo teve como objetivo compreender a perspectiva da abordagem cognitivo-comportamental sobre os aspectos etiológicos e o manejo no comportamento suicida através de uma revisão narrativa da literatura. Tal estudo permitiu perceber que o suicídio é um grande problema de saúde pública, com elevadas taxas na população geral, sendo um comportamento com determinantes multifatoriais e resultado de uma interação de diversos fatores.

Foi possível perceber a influência de diferentes variáveis como a história psiquiátrica pregressa do paciente, variáveis demográficas e socioculturais, fatores genéticos e hereditariedade e as vivências infantis experienciadas como traumáticas. Além disso, destaca-se a presença de tentativas prévias de suicídio, que talvez seja o preditor mais significativo do suicídio.

Considerando a ampla gama de variáveis e suas influências sobre o comportamento/ideação suicida, não se pode prever quem irá se suicidar, mas pode-se tentar reduzir os riscos a partir do conhecimento dos próprios fatores de risco. Neste sentido, pesquisas futuras tendem a se beneficiar ao abordar os fatores de risco relacionados, por exemplo, à cultura, ao gênero, ou até mesmo a faixa etária ou fase de desenvolvimento desses indivíduos.

Considerando que o comportamento suicida é um fenômeno que expressa uma dor psíquica intolerável e que muitas vezes serve como uma maneira de comunicar ou cessar, se for o caso do ato efetuado, essa dor, torna-se importante que psicólogos e demais profissionais da saúde estejam atentos à essas demandas, realizando os devidos encaminhamentos quando necessário. Ademais, realizar a adequada comunicação aos familiares dentro, evidentemente, das considerações éticas do psicólogo.

Sabe-se que o tratamento com abordagem cognitivo-comportamental demonstra ser eficaz na redução da taxa de tentativas de suicídio. Entretanto, existem limitações que não permitem garantir que o suicídio seja evitado. Existe também o estigma e o tabu relacionados ao assunto, dificultando diálogos e a busca por ajuda. Com isso, reforça-se a importância de lutar contra esse tabu e produzir conhecimento, tornando profissionais de saúde mais capacitados para lidar com esta demanda.

Além disso, devido ao número pequeno de publicações no Brasil sobre o manejo da TCC em situações de comportamento suicida, destaca-se também a necessidade de estudos futuros que possam contribuir para o desenvolvimento de ações preventivas, visando difundir informações e fornecer orientação para pacientes e seus familiares, além de aprofundar o conhecimento a respeito do tratamento dentro da TCC.

## REFERÊNCIAS

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA. **Suicídio: informando para prevenir**. Comissão de Estudos e Prevenção de Suicídio. Brasília: CFM/ABP, 2014.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. São Paulo: Presses Universitaires de France, 1977.

DATTILIO, F. M.; FREEMAN, A. **Estratégias cognitivo-comportamentais de intervenção em situações de crise**. Porto Alegre: Artmed, 2004.

BERTOLETE, J. M.; FLEISCHMANN, A. A global perspective on the magnitude of suicide mortality. In: WASSERMAN, D.; WASSERMAN, C. **Oxford textbook of suicide and suicide prevention**. Oxford: Oxford University Press, pp.918-928, 2009.

BERTOLETE, J. M.; MELLO-SANTOS, C.; BOTEAGA, N. J. Detecção do risco de suicídio nos serviços de emergência psiquiátrica. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 32, supl. 2, p. S87-S95, 2010. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-44462010000600005>. Acesso em: 26 de Mar. 2019.

BOTEAGA, N. J. **Crise suicida: avaliação e manejo**. Porto Alegre: Artmed, 2015.

CARTER, G. *et al.* Repeated self-poisoning: increasing severity of self-harm as a predictor of subsequent suicide. **The British Journal of Psychiatry**, v. 186, n. 3, p. 253-257, 2005.

CHENG, A. T. A. *et al.* Psychosocial and psychiatric risk factors for suicide: Case-control psychological autopsy study. **The British Journal of Psychiatry**, v. 177, n. 4, p. 360-365, 2000.

CORDEIRO, A. M. *et al.* Revisão sistemática: uma revisão narrativa. **Revista Brasileira de Cirurgias**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 6, p. 428-431, 2007. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-69912007000600012>. Acesso em: 26 Mar. 2019.

CORYELL, W.; SCHLESSER M. The dexamethasone suppression test and suicide prediction. **American Journal of Psychiatry**, v. 158, n. 5, p. 748-753, 2001.

DUBE, S. R. *et al.* Childhood abuse, household dysfunction, and the risk of attempted suicide throughout the life span: findings from the Adverse Childhood Experiences Study. **Jama**, v. 286, n. 24, p. 3089-3096, 2001.

FORMAN, E. M. *et al.* History of multiple suicide attempts as a behavioral marker of severe psychopathology. **American Journal of Psychiatry**, v. 161, n. 3, p. 437-443, 2004.

FUKUMITSU, K. O. O psicoterapeuta diante do comportamento suicida. **Psicologia USP**, v. 25, n. 3, p. 270-275, 2014. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0103-6564D20140001>

GUINTIVANO, J. *et al.* Identification and replication of a combined epigenetic and genetic biomarker predicting suicide and suicidal behaviors. **American Journal of Psychiatry**, v. 171, n. 12, p. 1287-1296, 2014.

HENDIN, H. *et al.* Problems in psychotherapy with suicidal patients. **American Journal of Psychiatry**, v. 163, n. 1, p. 67-72, 2006.

HENRIQUES, G.; BECK, A. T.; BROWN, G. K. Cognitive therapy for adolescent and young adult suicide attempters. **American behavioral scientist**, v. 46, n. 9, p. 1258-1268, 2003.

HUGHES, D.; KLEESPIES, P. Suicide in the medically ill. **Suicide and life-threatening behavior**, v. 31, n. Supplement to Issue 1, p. 48-59, 2001.

JIMENEZ-TREVIÑO L. *et al.* Endophenotypes and suicide behaviour. **Actas Esp Psiquiatr**. v. 39 n. 1, p. 61-9, 2011.

JOINER J. R. *et al.* The psychology and neurobiology of suicidal behavior. **Annu. Rev. Psychol.**, v. 56, p. 287-314, 2005.

JOINER, T. **Why people die by suicide**. Harvard University Press, 2007.

LABONTÉ, B.; TURECKI, G. The epigenetics of suicide: explaining the biological effects of early life environmental adversity. **Archives of suicide research**, v. 14, n. 4, p. 291-310, 2010.

LEVENSON, J. L.; BOSTWICK, J. M. Suicidality in the medically ill. **Primary Psychiatry**, v. 12, p. 16-18, 2005.

MAGALHÃES, L. S.; ANDRADE, S. M. O. Depressão e comportamento suicida: atenção primária em saúde. **Revista Psicologia e Saúde**, v. 11, n. 1, p. 99-107, 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.20435/pssa.v11i1.592>. acessos em 08 jul. 2019. .

MANN, J. J. The serotonergic system in mood disorders and suicidal behaviour. **Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences**, v. 368, n. 1615, p. 20120537, 2013.

MELLO-SANTOS, C.; BERTOLOTE, J. M.; WANG, Y. Epidemiology of suicide in Brazil (1980-2000): characterization of age and gender rates of suicide. **Brazilian Journal of Psychiatry**, v. 27, n. 2, p. 131-134, 2005.

TURECKI, G. Dissecting the suicide phenotype: the role of impulsive-aggressive behaviours. **Journal of psychiatry & neuroscience**, 2005.

VOLPE, F. M.; CORRÊA, H.; BARRERO, S. P. Epidemiologia do suicídio. *In*: CORREA, H.; PEREZ, S. (organizadores). **Suicídio, uma morte evitável**. São Paulo: Editora Atheneu, p. 11-27, 2006.

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

WORLD HEALTH ORGANIZATION *et al.* **Preventing suicide: a global imperative**. Geneva: WHO. 2016.

WORLD HEALTH ORGANIZATION *et al.* **Depression and other common mental disorders: global health estimates**. WHO, 2017.