

UNIVERSIDADE DO VALE DO SAPUCAÍ

JOÃO PAULO MARTINS OLIVEIRA
KATHRYN LAURRANY RODRIGUES NEGRÃO

APLICAÇÃO CLÍNICA DA TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL NO
TRATAMENTO DE PACIENTES COM IDEAÇÃO SUICIDA

POUSO ALEGRE, MG

2023

UNIVERSIDADE DO VALE DO SAPUCAÍ

JOÃO PAULO MARTINS OLIVEIRA
KATHRYN LAURRANY RODRIGUES NEGRÃO

APLICAÇÃO CLÍNICA DA TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL NO
TRATAMENTO DE PACIENTES COM IDEIAÇÃO SUICIDA

Monografia apresentada para aprovação no curso de Psicologia, da Faculdade de Ciências Médicas Dr. José Antônio Garcia Coutinho, da Universidade do Vale do Sapucaí; orientado pela Prof. Dra. Eliane Sousa de Oliveira Fernandes.

POUSO ALEGRE, MG

2023

Oliveira, João Paulo Martins.

Aplicação clínica da Terapia Cognitivo-Comportamental no tratamento de pacientes com ideação suicida / João Paulo Martins Oliveira e Kathryn Lurrany Rodrigues Negrão. – Pouso Alegre: UNIVÁS, 2023. 49f.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação – Psicologia), Universidade do Vale do Sapucaí, 2023.

Orientadora: Prof. Dra. Eliane Sousa de Oliveira Fernandes

1. Suicídio. 2. Ideação suicida.
3. Comportamento suicida. 4. Terapia Cognitivo-Comportamental. I. Negrão, Kathryn Lurrany Rodrigues.
II. Título.

JOÃO PAULO MARTINS OLIVEIRA
KATHRYN LAURRANY RODRIGUES NEGRÃO

APLICAÇÃO CLÍNICA DA TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL NO
TRATAMENTO DE PACIENTES COM IDEACÃO SUICIDA

Monografia apresentada para aprovação no curso de Psicologia, da Faculdade de Ciências Médicas Dr. José Antônio Garcia Coutinho, da Universidade do Vale do Sapucaí; orientado pela Prof. Dra. Eliane Sousa de Oliveira Fernandes.

APROVADA EM: ____/____/____.

Banca Examinadora

Orientadora: Profa. Dra. Eliane Sousa de Oliveira Fernandes
Universidade do Vale do Sapucaí

Examinadora: Profa. Ms. Viviane Vianna de Andrade Fagundes
Universidade do Vale do Sapucaí

Examinadora: Profa. Ms. Larissa Karen da Costa Meyer
Universidade do Vale do Sapucaí

AGRADECIMENTOS

Agradecemos, primeiramente, à Deus, por nos guiar na jornada até aqui.

Às nossas famílias, pelo incentivo e apoio, que se fizeram tão necessários nos momentos difíceis.

À Universidade do Vale do Sapucaí e aos professores do curso de Psicologia, pela excelência na arte de lecionar e por despertar, em nós, todo nosso potencial acadêmico, profissional e vocacional.

À nossa orientadora Dra. Eliane Sousa de Oliveira Fernandes, por toda confiança depositada em nossa proposta para este trabalho, pela exímia qualidade técnica de tudo que nos ensinou e, principalmente, por nos manter sempre motivados durante todo o processo. Obrigado por nos tornar eternos entusiastas da Análise do Comportamento e, também, da Terapia Cognitivo-Comportamental.

E, por fim, à nossa querida professora Dra. Lariana Paula Pinto (*In Memoriam*), pela honra de termos tido a oportunidade em cruzar o seu caminho, e por hoje carregarmos seus valiosos ensinamentos em nossos corações, que agora sentem tanto sua saudade. Obrigado por nos mostrar quão maravilhosa e transformadora a Psicologia pode ser.

RESUMO

O suicídio se manifesta enquanto um fenômeno psicossocial complexo e de natureza multifacetada, o qual está intimamente relacionado à ideação suicida, que constitui uma vasta rede de cognições mal-adaptativas que tendem a aumentar o risco de tentativas de suicídio. A Terapia Cognitivo-Comportamental compreende os fenômenos psicopatológicos enquanto resultantes de uma interação mútua entre cognições desadaptativas, emoções disfuncionais e comportamentos disruptivos, estando a ideação suicida, também, encaixada nesse contexto, podendo ser compreendida como uma consequência de pensamentos e crenças disfuncionais e distorcidas do sujeito sobre ele mesmo, sobre sua vida e seu senso de autoeficácia. Considerando os prejuízos psicológicos e sociais decorrentes da ideação suicida, bem como do comportamento suicida em si, o presente estudo teve como objetivo geral compreender como são aplicadas as técnicas da Terapia Cognitivo-Comportamental no manejo de pacientes com ideação suicida. Foi realizada uma pesquisa teórico-bibliográfica, com levantamento de literatura científica nacional e internacional acerca da temática, buscando-se intervenções e estratégias de manejo para o tratamento de pacientes com ideação suicida, sob a ótica da Terapia Cognitivo-Comportamental. Os achados do presente estudo levam à conclusão de que o trabalho clínico com pacientes em potencial risco de suicídio perpassa por um processo cauteloso que inclui uma avaliação acurada do risco suicida, uma conceitualização cognitiva precisa do funcionamento do paciente, psicoeducação e vinculação terapêutica baseadas na empatia e acolhimento, uso de técnicas cognitivas e comportamentais para auxiliar o paciente a modificar a forma com a qual interpreta a realidade e como lida com os problemas de sua vida e, também, o desenvolvimento de estratégias mais adaptativas de regulação emocional. Levando em consideração a natureza complexa e multideterminada da ideação suicida, bem como do suicídio em si, observou-se que o tratamento abrange certa multidimensionalidade, devendo integrar desde o trabalho da psicoterapia, até a ativação e educação de uma sólida rede de apoio que necessita de ser construída no entorno da vida do indivíduo em ideação suicida, objetivando, além de sua plena segurança e integridade física e psicológica, a real modificação de sua percepção acerca da realidade que o cerca.

Palavras-chaves: Suicídio. Ideação suicida. Comportamento suicida. Terapia Cognitivo-Comportamental.

ABSTRACT

Suicide manifests itself as a complex psychosocial phenomenon of multifaceted nature that is intimately related to suicide ideation, which constitutes an extensive network of maladaptive cognitions that tend to increase the risk of suicide attempts. Cognitive-Behavioral Therapy understands the psychopathological phenomenon as a result of a mutual interaction between maladaptive cognitions, dysfunctional emotions, and disruptive behavior, and suicidal ideation is also included in this context. It can therefore be understood as a consequence of the subject's dysfunctional and distorted thoughts and beliefs about himself, his life and his sense of self-efficacy. Considering the psychological and social losses resulting from suicide ideation as well as the suicide behavior itself, this present study aimed to understand how Cognitive-Behavioral Therapy techniques are applied in the management of patients with suicidal ideation. It was performed through theoretical-bibliographical research, with a survey of national and international scientific literature on the subject, seeking interventions and management strategies for patients with suicidal ideation from the perspective of Cognitive-Behavioral Therapy. The findings of the present study lead to the conclusion that clinical work with patients at potential risk of suicide involves a cautious process that includes an accurate assessment of suicidal risk, a precise cognitive conceptualization of the patient's functioning, psychoeducation and therapeutic attachment based on empathy and reception, use of cognitive and behavioral techniques to help the patient modify the way in which he interprets reality and how he deals with the problems in their life and, also, the development of more adaptive emotional regulation strategies. Taking into consideration the complex and multidetermined nature of suicide ideation as well as suicide itself, It was observed that the treatment covers a certain multidimensionality and must integrate from the work of psychotherapy to activation and education from a solid support network that requires to be built around the individual's life in suicide ideation, aiming to, beyond its full security and physical and psychological integrity, the real modification of its perception about the reality that surrounds it.

Keywords: Suicide. Suicide ideation. Suicide behavior. Cognitive-Behavioral Therapy.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	8
2 TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL.....	11
2.1 Contextualização histórica da Terapia Cognitivo-Comportamental.....	11
2.2 As três ondas ou gerações das terapias comportamentais e cognitivas	13
2.3 Princípios da Terapia Cognitivo-Comportamental	14
2.4 O modelo cognitivo	15
3 CONCEITOS TEÓRICOS DA TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL.....	18
3.1 Pensamentos automáticos	18
3.2 Crenças intermediárias	20
3.3 Crenças nucleares	20
3.4 O papel do terapeuta	21
4 O MODELO COGNITIVO DA IDEACÃO SUICIDA.....	22
4.1 Compreendendo o comportamento suicida.....	22
4.2 O trabalho da Terapia Cognitivo-Comportamental com pacientes em risco de suicídio	23
4.3 O modelo cognitivo da ideação suicida	25
4.4 A família do paciente	26
4.5 Aliança terapêutica	27
5 TRATAMENTO E MANEJO CLÍNICO DE PACIENTES COM IDEACÃO SUICIDA....	28
5.1 Avaliação do risco suicida	28
5.2 Psicoeducação e Aliança Terapêutica.....	31
5.3 Planos de Segurança.....	31
5.4 Reestruturação cognitiva	32
5.5 Ativação comportamental	33
5.6 Treinamento de habilidades.....	34
5.7 Regulação Emocional	35
5.8 Prevenção de recaídas e alta terapêutica.....	37
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	38
REFERÊNCIAS	42

1 INTRODUÇÃO

A Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) é uma abordagem psicoterapêutica que se originou em um contexto de evolução da psicologia e da psicoterapia. Ao longo do tempo, passou por diversas transformações e desenvolveu-se em três gerações distintas, cada uma com focos e abordagens específicas (DE AZEVEDO, 2022). Sendo fundamentada no modelo cognitivo, que compreende que pensamentos, emoções e comportamentos estão interconectados e desempenham um papel crucial na experiência do indivíduo (CORDIOLI, 2008).

A primeira geração da TCC surgiu como uma reação ao pensamento psicanalítico e adotou princípios do behaviorismo para modificar comportamentos por meio do condicionamento operante (VANDENBERGHE, 2007). Na segunda geração, houve uma maior ênfase nas cognições e nos processos internos do indivíduo, com influências de teóricos como Albert Ellis e Aaron BECK (SOUZA; GARCIA, 2021). Já a terceira geração da TCC, buscou uma síntese das gerações anteriores, incorporando elementos de ambas e ampliando o foco para a construção de repertórios mais flexíveis e adaptáveis (DE AZEVEDO, 2022).

Assim como colocado por Enright (1997), os princípios fundamentais da TCC incluem a explanação detalhada do modelo cognitivo para o paciente, o ensino de habilidades de automonitoramento de pensamentos e emoções, a análise de evidências para testar a veracidade dos pensamentos disfuncionais e a importância da aliança terapêutica. A conceitualização de caso desempenha um papel central, ajudando o terapeuta a compreender o funcionamento do paciente e a orientar as intervenções terapêuticas.

O modelo cognitivo da TCC postula que os pensamentos automáticos, as crenças intermediárias e as crenças nucleares influenciam as emoções e os comportamentos do indivíduo. Enquanto os pensamentos automáticos são breves e de caráter espontâneo, as crenças nucleares são ideias profundamente arraigadas que moldam a percepção do sujeito sobre si mesmo, os outros e o mundo. A rigidez dessas crenças pode levar a interpretações negativamente tendenciosas da realidade e contribuir para emoções negativas e comportamentos desadaptativos (HOFFMAN, 2014).

O objetivo principal da TCC é quebrar o ciclo desadaptativo de pensamentos e comportamentos disfuncionais, promovendo a reestruturação cognitiva (OLIVEIRA; DIAS; PICCOLOTO, 2013). Essa abordagem tem se mostrado eficaz no tratamento de diversos transtornos mentais e quadros psicopatológicos, sendo frequentemente recomendada como

terapia de primeira linha (DOS SANTOS, 2017). Portanto, a terapia cognitivo-comportamental, que foi desenvolvida por Aaron BECK e seus colegas, surge como uma abordagem que investiga os fatores de risco associados a indivíduos com pensamentos suicidas e aqueles que tentaram tirar suas próprias vidas. Além disso, se mostra uma abordagem promissora na prevenção e tratamento da ideação suicida, com foco na resolução de problemas e melhora do bem-estar emocional.

A origem etimológica da palavra suicídio remonta ao latim "sui caedere" (sui - de si mesmo e caedes - ação de matar), o que significa a ação de tirar a própria vida (ASSUMPÇÃO; OLIVEIRA; SOUZA, 2018). Nesse sentido, o suicídio é comumente entendido como uma forma de "homicídio de si mesmo", em que o indivíduo assume simultaneamente os papéis de assassino e vítima. O suicídio é definido por Durkheim (2000) como qualquer morte que resulta de um ato realizado pela própria pessoa, com a intenção de causar a morte.

Neste contexto, o tratamento e manejo clínico de pacientes com ideação suicida representam um desafio crucial para os profissionais, visando não apenas aliviar o sofrimento do paciente, mas também prevenir a perda de vidas. Este trabalho se propõe a explorar diversas facetas desse tratamento, desde a avaliação do risco suicida até a prevenção de recaídas e a alta terapêutica, além disso, apresentar recursos para auxiliar pacientes que tenham a intenção de cometer suicídio, permitindo a reconfiguração de pensamentos distorcidos e o desenvolvimento de habilidades para lidar com conflitos (MELO et al., 2020)

Considerando os prejuízos psicológicos e sociais decorrentes da ideação suicida, bem como do comportamento suicida em si, o presente estudo teve como objetivo geral compreender como são aplicadas as técnicas da Terapia Cognitivo-Comportamental no manejo de pacientes com ideação suicida. Dentre os objetivos específicos, encontra-se sintetizar aspectos conceituais e históricos da Terapia Cognitivo-Comportamental; descrever os principais conceitos que constituem a base teórica da Terapia Cognitivo-Comportamental; explicar, em termos clínicos, a dinâmica psicológica, cognitiva e comportamental da ideação suicida; e identificar as principais técnicas cognitivo-comportamentais para pacientes que tenham a ideação suicida como parte integrante de seu quadro clínico.

Para atender aos objetivos propostos, foi realizada uma pesquisa teórico-bibliográfica, com levantamento de literatura científicas nacionais e internacionais acerca da temática, sendo esta encontrada em revistas on-line e bibliotecas eletrônicas como SciELO, Pepsic,

Google Acadêmico, PubMed, dentre outras bases de pesquisa, buscando-se as devidas referências que embasam os estudos mais atuais sobre a ideação suicida e as respectivas técnicas de análise e manejo utilizadas em pacientes com esse quadro clínico pela abordagem da terapia cognitivo-comportamental.

A pesquisa foi dividida em cinco capítulos. O capítulo inicial é destinado à introdução ao tema e à apresentação do desenho metodológico do presente estudo. No segundo capítulo, é apresentada uma contextualização histórica e teórica da Terapia Cognitivo-Comportamental. Os conceitos técnicos e princípios deste modelo psicoterápico são apresentados no terceiro capítulo. No capítulo quatro, é abordado, com maior profundidade, a respeito da temática do suicídio, bem como a esquematização deste fenômeno clínico nos moldes da conceitualização cognitiva. No quinto capítulo, são apresentadas as principais técnicas da Terapia Cognitivo-Comportamental utilizadas para o manejo clínico de pacientes com ideação suicida, além da descrição sistemática do passo-a-passo que compõe a intervenção psicoterapêutica com esses pacientes. Por fim, são realizadas as considerações, bem como a necessidade de mais pesquisas relacionadas à temática proposta.

2 TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL

A Terapia Cognitivo-Comportamental mostra-se como uma abordagem psicoterapêutica consideravelmente recente, constituída sobre o alicerce teórico de que pensamentos (cognições) interagem mutuamente com emoções e comportamentos, muitas vezes sendo o cerne de muitas psicopatologias. Vale ressaltar que, devido ao crescente interesse neste modelo psicoterápico, junto ao crescente número de pesquisas científicas acerca de sua eficácia, tal abordagem ganhou notória popularidade (POISK; RAMOS; AMARAL, 2023).

2.1 Contextualização histórica da Terapia Cognitivo-Comportamental

Se a inserção da Psicologia enquanto um campo do conhecimento científico é ainda jovem, o surgimento da Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) é ainda mais jovem. Tal processo se inicia com a migração da psicologia de seu caráter única e exclusivamente laboratorial/medicamentoso, para um campo muito mais subjetivo, processo este incentivado pelo movimento psicanalítico de Freud. Contudo, devido à impossibilidade de se enquadrar adequadamente a teoria freudiana nos moldes empírico-científicos, surge uma outra vertente: o behaviorismo (MORETTI; DE LOURDES GUEDES-NETA, 2021).

Segundo a filosofia do behaviorismo radical de Skinner, o comportamento se apresenta como uma interação do organismo com seu respectivo ambiente, tendo função biológica adaptativa. Skinner também postulava que o comportamento é passível de modificação por meio da manipulação das variáveis externas contingentes a ele, se contrapondo aos pressupostos mentalistas em vigor até então (BARBOSA; TERROSO; ARGIMON, 2014). De tal forma, o analista do comportamento considera os eventos ditos privados (como sentimentos, valores e pensamentos do sujeito), também como produtos da relação de simultaneidade entre organismo e ambiente (TOURINHO; TEIXEIRA; MACIEL, 2000).

No entanto, conforme Moretti e de Lourdes Guedes-Neta (2021), se por um lado havia uma grande insatisfação a respeito dos princípios psicodinâmicos relacionados ao inconsciente, próprios da corrente psicanalítica, por outro lado, abriu-se um espaço para algumas críticas ao modelo aparentemente laboratorial e “reducionista” do behaviorismo. Isso culminou no aparecimento de um significativo interesse pela abordagem cognitiva, a fim de assegurar à psicologia o status devidamente científico do qual deveria fazer parte.

É assim que, nos meandros da década de 1960, surgem dois pioneiros da Terapia Cognitivo-Comportamental: o psiquiatra Aaron BECK e o psicólogo Albert Ellis, ambos anteriormente praticantes da Psicanálise, mas que acabaram por rejeitar a teoria freudiana por não enxergarem, a partir de seus preceitos metodológicos, resultados efetivamente convincentes em seus pacientes (MORETTI; DE LOURDES GUEDES-NETA, 2021). A partir de então, o modelo cognitivo-comportamental começa a ser instituído e começa a exercer grande impacto nos estudos acerca da etiologia dos transtornos mentais, bem como seu tratamento (CORDIOLI, 2008).

Ao formular as bases teóricas da Terapia Racional Emotiva Comportamental (TREC), Albert Ellis se torna responsável por instituir o que depois viria a se tornar o cerne da TCC: a ideia de que emoções e comportamentos disfuncionais são originados a partir de maneiras irracionais de pensamento, isto é, quando o indivíduo pensa de modo menos racional e mais emocional, fazendo com que ele tenha uma percepção um tanto quanto distorcida sobre si, sobre a vida e sobre os problemas que enfrenta (PIVETTA, 2019). Desse modo, como abordado por David et al (2018), a TREC concebe que crenças/interpretações irracionais da realidade são fatores centrais no desencadeamento de perturbações emocionais, e por isso devem ser o foco do trabalho clínico em terapia.

Posteriormente, como descreveram Bahls e Navolar (2004), Aaron BECK viria a solidificar o que ele batizou como sendo a Terapia Cognitiva por meio de seus estudos experimentais. Tal processo teve início quando o autor observou que a depressão não era, como fora proposto pela linha psicanalítica, resultante de uma “hostilidade retroflexiva” (uma manifestação de raiva do sujeito para consigo mesmo), mas sim de ideias extremamente disfuncionais que os indivíduos tinham a respeito de si mesmos, sobre o mundo e sobre sua realidade. Tais ideias, por sua vez, configuram esquemas de crenças distorcidas que resultam em humor e comportamentos negativos (POWELL, 2008).

A partir de então, o advento da chamada “revolução cognitiva” na Psicologia deu forma a um modelo psicoterápico que se iniciou com a constatação do papel fundamental das cognições nos quadros clínicos de humor e/ou comportamento, mas que depois se refinou ainda mais. Sendo assim, Aaron BECK aperfeiçoou e tornou esse modelo ainda mais denso, tendo como diretrizes: 1) a tentativa de formular uma linha de raciocínio em psicopatologia que dialogasse bem com a abordagem psicoterápica em questão; 2) fundamentar empiricamente a teoria; e 3) conduzir estudos empíricos capazes de atestar a eficácia do modelo psicoterapêutico. É exatamente aqui que surge a Terapia Cognitivo-Comportamental

(KNAPP; BECK, 2008). Para Neufeld, Xavier e Stockmann (2010), a crescente notoriedade da abordagem cognitivo-comportamental se dá, também, pela sua constante integração com as neurociências, colaborando cada vez mais para a acurácia de conhecimentos sobre os impactos da cognição nos quadros psicopatológicos.

2.2 As três ondas ou gerações das terapias comportamentais e cognitivas

De Azevedo (2022) traz um delineamento panorâmico de análise da evolução epistemológico-estrutural da TCC em três gerações, ou como são comumente chamadas, “ondas” das terapias comportamentais e cognitivas. A primeira onda ou geração surgiu em confronto às ideias de caráter mentalista que vigoravam até então, utilizando técnicas do behaviorismo para a modificação comportamental via processos de condicionamento operante. Para tal, as terapias comportamentais de primeira onda possuíam embasamento predominantemente skinneriano, que tinha como finalidade eliminar respostas inadequadas (VANDENBERGHE, 2007).

Já o segundo momento do panorama histórico da TCC teve como base de sustentação os pressupostos teóricos de Edward Chace Tolman, primeiro behaviorista a repensar o paradigma central do behaviorismo radical de que o comportamento humano seria operado por uma relação entre estímulo e resposta (S – R), alegando que deveria se considerar também a mediação do organismo nessa relação (S – O – R) (BARBOSA; TERROSO; ARGIMON, 2014). Por conta disso, na segunda onda cognitivo-comportamental, enfoque deste trabalho, propõe-se uma atenção especial aos fenômenos internos/privados do sujeito, dedicando-se ao estudo e trabalho com as cognições desadaptativas, enfoques tradicionais da Terapia Cognitiva de BECK e a Terapia Racional Emotiva Comportamental de Ellis (SOUZA; GARCIA, 2021).

Por fim, a terceira onda finaliza tal processo evolutivo ao realizar uma síntese das outras duas gerações, de modo a manter a base empírica da teoria, resgatando os princípios skinnerianos e os ampliando de forma a objetivar, além da mera modificação comportamental, a construção de repertórios mais abrangentes e flexíveis, além de dar maior enfoque às funções do fenômeno psicológico, e não tanto à sua estrutura (DE AZEVEDO, 2022). Nesta terceira e última geração, Barbosa, Terroso e Argimon (2014) dissertam acerca do surgimento de uma vasta gama de ramificações teóricas de terapias comportamentais (tais como a Terapia do Esquema, Terapia Comportamental Dialética, Terapia de Aceitação e Compromisso, etc.),

guiadas pelo objetivo comum de elaborar e aplicar estratégias de mudanças experienciais e contextuais, haja vista a maior atenção dada à produção social do sujeito neste momento, na qual tal multiplicidade teórica se justifica no aumento da complexidade da investigação dos fenômenos psicológicos.

2.3 Princípios da Terapia Cognitivo-Comportamental

A Terapia Cognitivo-Comportamental é definida como uma abordagem psicoterapêutica cuja premissa-base central é a ideia de que pensamentos, emoções e comportamentos operam sob uma influência mútua e estão diretamente correlacionados com a maneira com a qual o indivíduo irá avaliar suas experiências e a realidade que o cerca (ARAÚJO; SHINOHARA, 2002). Vale ressaltar que, devido ao fato de a Terapia Cognitivo-Comportamental ter surgido em resposta a demandas clínicas, esse modelo psicoterapêutico é fundamentalmente orientado à resolução de problemas (YAMAGAMI, 1998).

BECK (2021) postula que a prática psicoterápica em Terapia Cognitivo-Comportamental se caracteriza por ser essencialmente estruturada, de curta duração e voltada para o momento atual da vida do paciente. Assim, tal abordagem psicológica oferece ferramentas robustas que sustentam a intervenção, tendo como finalidade não só a resolução rápida e eficaz da problemática atual do paciente, mas também o tornar capaz de aplicar, de forma autônoma, as técnicas aprendidas ao longo do trabalho psicoterápico em seu cotidiano para melhorar suas competências pessoais, interpessoais e de autogestão (COTTRAUX; MATOS, 2007).

Para isso, como colocado por Enright (1997), a Terapia Cognitivo-Comportamental dispõe-se de alguns princípios norteadores importantes, tais como explanações detalhadas sobre o modelo cognitivo; ensino de habilidades para automonitoramento diário de pensamentos e emoções; e exame de evidências para testar a veracidade de pensamentos e interpretações que o paciente atribui às suas experiências. Além disso, destaca-se a importância da aliança terapêutica, que serve como alicerce para uma tomada de decisões colaborativa e que desperte a esperança do paciente no tratamento, juntamente à necessidade do desenvolvimento contínuo da chamada conceitualização cognitiva, atentando ao fato de que o terapeuta deve sempre se atualizar e incorporar novos dados trazidos pelo paciente à sua formulação de caso (BECK, 2021).

Kuyken, Padesky e Dudley (2009, p. 21) definem que

Conceitualização de caso é um processo em que terapeuta e cliente trabalham em colaboração para primeiro descrever e depois explicar os problemas que o cliente apresenta na terapia. A sua função primária é guiar a terapia de modo a aliviar o sofrimento do cliente e a desenvolver a sua resiliência.

Além disso, vale dizer que a conceitualização cognitiva pode ser realizada em três níveis distintos, porém complementares: o descritivo, onde os problemas apresentados pelo paciente são transcritos em termos cognitivos e comportamentais; o transversal, em que são investigados os fatores desencadeantes e de manutenção dos problemas; e o longitudinal, onde há um aprofundamento sobre os fatores predisponentes e protetores relacionados à queixa apresentada.

A conceitualização de caso é elemento fundamental da TCC, visto que orienta e delinea o percurso terapêutico, se iniciando desde o primeiro contato entre terapeuta e paciente e refinando-se ao longo do tempo (FORMIGA et al., 2012). A conceitualização é constituída da união entre a teoria em TCC e a própria experiência do paciente, união esta que é sustentada pelo empirismo colaborativo, um dos pilares fundamentais da Terapia Cognitivo-Comportamental. O empirismo colaborativo é, em suma, o trabalho conjunto entre terapeuta e paciente que, baseados em métodos e ferramentas empiricamente sustentadas, se movem em direção a uma compreensão integral da queixa do paciente, principalmente no que tange ao seu funcionamento cognitivo-comportamental atual (KUYKEN; PADESKY; DUDLEY, 2009).

Feita a conceitualização, é possibilitado ao terapeuta que projete uma estrutura básica para se compreender o funcionamento do indivíduo, estrutura essa que é denominada como formulação cognitiva ou formulação de caso (SOUZA; CÂNDIDO, 2009). Formiga et al (2012) recordam que também é facilitado, a partir desse enquadre inicial, o fortalecimento da relação terapêutica e da adesão do paciente ao tratamento, já que este se torna mais familiarizado com a estrutura das sessões e mais apto a compreender seus problemas sob a ótica do modelo cognitivo.

2.4 O modelo cognitivo

Araújo e Shinohara (2002) abordam sobre a importância da formulação cognitiva para o tratamento em Terapia Cognitivo-Comportamental, que nada mais é do que a tradução do funcionamento particular e subjetivo do paciente em termos cognitivos e comportamentais, visando compreender o fenômeno ocorrido com o paciente e o que está subjacente a ele.

Assim, a formulação do caso possibilita um melhor planejamento e serve como subsídio para as intervenções a serem implementadas durante o curso do trabalho terapêutico (CAMACHO; DE OLIVEIRA; DA SILVA PIASON, 2020).

Além disso, na história da estruturação da TCC, percebeu-se que esta abordagem psicológica se preocupou em propor um modelo coerente de psicopatologia, ou seja, de explicação sobre a instalação, curso e tratamento do sofrimento psicológico. Sendo assim, a TCC concebeu que o elemento comum a todas as manifestações do adoecimento psíquico é a presença de padrões disfuncionais, irracionalmente rígidos e distorcidos de pensamento, que culmina exatamente em humor e comportamentos desadaptativos (ENRIGHT, 1997). Isso se deve ao fato de que esses pensamentos estão arraigados a níveis muito mais densos e complexos da cognição, o que acaba impactando diretamente nas emoções e nas tomadas de decisão do sujeito (BECK, 2021). A essa divisão da cognição humana, bem como sua conexão com o funcionamento emocional, comportamental e até mesmo fisiológico do sujeito, se deu o nome de modelo cognitivo.

Fundamentado como modelo teórico da Terapia Cognitivo-Comportamental, o modelo cognitivo traça uma rota bem delineada de como uma informação é assimilada por um indivíduo: primeiro, ao se ver diante de qualquer evento situacional, surge no sujeito uma série de pensamentos espontâneos e de caráter automático, que não passam por nenhuma reflexão crítica ou juízo de valor; num nível secundário, essas informações são processadas pelas chamadas crenças intermediárias, que surgem enquanto regras ou pressupostos que foram aprendidos durante a vida do sujeito e que, agora, guiam suas interpretações da realidade; por fim, no nível mais profundo da cognição, essas informações refletem nas crenças nucleares, tidas como ideias um tanto quanto enraizadas que o indivíduo tem sobre si, sobre os outros e sobre o mundo (ARAÚJO; SHINOHARA, 2002). Vale dizer que o processamento entre esses níveis cognitivos não ocorre de forma fragmentada, mas articulada, e acaba por determinar todas as reações do sujeito frente ao evento em questão, sejam elas fisiológicas, emocionais e comportamentais.

Santos (2014) coloca que a dinâmica cognitiva que se inicia com a ativação de uma determinada crença nuclear, muitas vezes, nem sequer é percebida pelo sujeito, visto que esse tipo de crença representa, para ele, como as coisas simplesmente são. Ou seja, essas crenças são constituídas de ideias e associações que se formaram durante toda a vida do indivíduo, sendo abastecidas e reforçadas por cada uma das suas experiências, tornando-as praticamente absolutas para o sujeito, não sendo passíveis de questionamento ou revisão. Para do Amaral

Filho et al (2022), tal rigidez das crenças nucleares enviesam a interpretação da realidade, fazendo com que o sujeito passe a evocar informações negativamente tendenciosas e, também, emoções negativas e comportamentos desadaptativos a elas associados.

Portanto, a TCC ressalta a importância de se ensinar aos pacientes as técnicas adequadas para que ele aprenda a questionar seus pensamentos e, conseqüentemente, desconstruir suas crenças, objetivando a chamada reestruturação cognitiva e, por consequência, melhoras no humor e no bem-estar. Sendo assim, é possível estabelecer que o objetivo central da TCC é quebrar o ciclo desadaptativo de padrões disfuncionais de pensamento e comportamento que acaba perpetuando os problemas enfrentados pelo indivíduo (OLIVEIRA; DIAS; PICCOLOTO, 2013). Por isso e outras tantas razões que atestam a eficiência e eficácia da TCC, esta abordagem psicoterápica foi fortemente recomendada como tratamento de primeira linha para diversos transtornos mentais e quadros psicopatológicos, o que se estendeu por meio de indubitáveis benefícios trazidos à prática clínica pelos protocolos cognitivo-comportamentais (ALMEIDA; MARINHO, 2021).

3 CONCEITOS TEÓRICOS DA TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL

A Terapia cognitivo comportamental se trata de uma abordagem estruturada, existindo uma participação ativa entre paciente e terapeuta, onde o principal foco é no presente (ARAÚJO; SHINOHARA, 2002). Se baseando no modelo cognitivo, a Terapia Cognitivo Comportamental mostra que as emoções, comportamentos e fisiologia são influenciados pelas próprias avaliações e interpretações dos eventos. Ou seja, a interpretação das situações é determinante para a maneira de como o indivíduo se sente afetiva e fisiologicamente, e conseqüentemente, de como irá se comportar (BECK, 2021).

Dos Santos (2017) afirma que, durante essa interpretação dos eventos, podem ocorrer distorções cognitivas, definidas como modos de interpretação potencialmente falhos da realidade, comumente relacionadas ao aumento do afeto negativo e manutenção de quadros psicopatológicos. Algumas dessas distorções são, por exemplo: a catastrofização, onde o sujeito enxerga o evento sob a ótica do pior cenário possível; a supergeneralização, em que um determinado acontecimento é assumido como único possível para todas as situações; e o pensamento dicotômico, onde o indivíduo percebe os fatos de uma forma “binária” e extremada, negligenciando certas nuances mais complexas, dentre outras. Desta forma, a Terapia Cognitivo-Comportamental, desde seus primórdios, busca revisar, reestruturar e modificar esses pensamentos distorcidos que trazem sofrimento e ajudar a desenvolver maneiras eficazes de enfrentamento (KNAPP; BECK, 2008).

Segundo Hoffman (2014), para ser realizado o processo terapêutico, a Terapia Cognitivo comportamental enfatiza a importância da identificação dos três níveis do sistema cognitivo para que seja possível ocorrer mudanças dos pensamentos. Sendo esses níveis divididos em: Pensamentos Automáticos, Crenças Intermediárias e Crenças Centrais.

3.1 Pensamentos automáticos

De acordo com Marback e Pelisoli (2014), os pensamentos automáticos ocorrem de forma instantânea e se tratam de pensamentos mais conscientes, estando sempre presentes no dia a dia do indivíduo fazendo com que o mesmo exerça uma conexão espontânea dos pensamentos às emoções.

Froeseler, Santos e Teodoro (2013) também enfatizam que esses pensamentos automáticos podem aparecer tanto de maneira funcional, surgindo enquanto interpretações realistas e coerentes que auxiliam o indivíduo numa melhor tomada de decisões e

enfrentamento da situação-problema; mas também de modo disfuncional, onde o pensamento assume formas mais extremadas e distorcidas de interpretação da realidade, dificultando a resolução do problema e acarretando sérios prejuízos emocionais e comportamentais ao sujeito.

Santos (2015) traz que o conteúdo dos pensamentos automáticos possui diversas características comuns entre os pacientes, onde normalmente esses conteúdos são específicos e o indivíduo os considera plausíveis ou razoáveis, aceitando a sua validade sem ao menos testar a sua realidade, mesmo que para os outros possa não parecer adequados. Esse conteúdo específico pode se modificar conforme as situações, mas geralmente têm sempre o mesmo tema para cada pessoa. Além disso, estes pensamentos possuem uma qualidade involuntária, já que o indivíduo não realiza qualquer esforço para os iniciar e, em casos de perturbação mais grave, são difíceis de afastar.

Por outro lado, os pensamentos automáticos funcionais são representações precisas da realidade, sendo considerados por terem resultados positivos quando relacionada a memórias de experiências específicas consistentes com esses pensamentos, contribuindo para a autoestima. Através de um estímulo, seja ele ambiental ou interno, se produz uma ativação no processamento de informação, alguns conteúdos dessa ativação se tornam possíveis para a análise consciente, como os pensamentos, emoções e sensações físicas. Quando um esquema se forma, o processamento de ativação se torna um padrão automático pré-existente. Quando um esquema é ativado, mesmo que os pensamentos (funcionais ou disfuncionais) variem de acordo com a situação, sempre existirá um tema previsível associado a esses pensamentos sobre o si, sobre os outros e sobre o mundo (FERNANDES, 2012). BECK (2013) sugere que após a identificação dos pensamentos automáticos, é importante avaliar a validade do pensamento, pois após a correção de uma situação errônea, se torna mais fácil de regular o humor e se comportar de maneira mais funcional.

Assim como cita BECK (2007, p. 217) é importante que o terapeuta reconheça o leque de situações que produzem os pensamentos automáticos:

Os pacientes podem ter pensamentos automáticos sobre acontecimentos específicos, sobre seus próprios pensamentos (incluindo aqueles nas formas verbal e imaginária: sonhos, memórias, fantasias) e sobre suas reações (respostas emocionais, comportamentais e psicológicas). Os pacientes podem também ter pensamentos automáticos sobre mudanças em suas mentes ou em seus corpos – por exemplo, pensamento acelerado ou dor física. Eles

podem ter pensamentos sobre a estimulação de seus sentidos: visuais (como alucinações visuais), auditivos (alucinações auditivas), olfativos (como um odor que os faz lembrar de uma experiência traumática) ou sinestésicos (como uma sensação tátil desagradável).

Além disso, o terapeuta deve estar atento para reconhecer que há diversas situações que trazem esses pensamentos automáticos, e que a falta deles pode estar relacionada à baixa sintomatologia dos pacientes ou às suas evitações, podendo estar escondidos no discurso do paciente e que eles os rotulam como “sentimentos” (BECK, 2007).

3.2 Crenças intermediárias

Marback e Pelisoli (2014) definem as crenças intermediárias como conjuntos de regras e suposições ligadas às crenças centrais. São formadas pelo modo ideal de agir para garantir a proteção do indivíduo de reações negativas associadas à ativação de crenças centrais disfuncionais, além de terem como objetivo principal guiar a conduta do indivíduo.

Araújo e Shinohara (2002) definem tais crenças como sendo manifestas de três formas: suposições, por exemplo: “se eu me esforçar bastante, os outros não perceberão que sou incapaz”; regras, por exemplo: “não devo me mostrar como sou, pois verão que sou incompetente”; e atitudes, por exemplo: “é horrível ser incompetente”.

3.3 Crenças nucleares

Segundo BECK (2013) as crenças centrais são globais, rígidas e supergeneralizadas. Essas crenças surgem na infância, quando a criança passa a desenvolver ideias sobre si, sobre o outro e sobre o seu mundo, considerando-as como ideias verdadeiras e absolutas, definindo assim como as coisas são. Com isso, essas atuam como regras para o processamento de informações, sendo influenciadas pelas experiências de vida do indivíduo, moldadas por experiências marcantes da infância, e principalmente com experiências vividas com os pais e pessoas próximas (ARAÚJO; SHINOHARA, 2002). Com a identificação das crenças, se torna possível entender suas origens, e seu desenvolvimento ao longo do tempo.

As crenças nucleares podem ser categorizadas em três domínios: desamparo, onde predominam ideias arraigadas de incompetência; desamor, cuja temática principal das crenças é a forte sensação de não merecimento de ser amado e querido, além do medo de nunca

conseguir alcançar a intimidade; e, por fim, a categoria das crenças de desvalor, onde predominam percepções do indivíduo a respeito de si mesmo como sendo moralmente ruim e insignificante (OSMO, 2017).

3.4 O papel do terapeuta

Marback e Pelisoli (2014) enfatizam a necessidade de o terapeuta estar atento à presença de desesperança em um paciente, identificando sinais que possam indicar a ativação de crenças ligadas ao pensamento suicida. Quando essas crenças são acionadas, elas mobilizam recursos cognitivos que as reforçam. Conseqüentemente, o paciente passa a enxergar o futuro de forma desprovida de esperança, reduzindo sua motivação e desejo de viver. Dentro desse contexto, o indivíduo pode sentir que o único caminho para enfrentar problemas aparentemente insolúveis é recorrer ao suicídio.

Com isso, dentro da abordagem da Terapia Cognitivo Comportamental, que tem como um de seus princípios fundamentais desenvolver o paciente para que ele se veja como seu próprio terapeuta, sendo crucial que o terapeuta auxilie o paciente a compreender o modelo cognitivo. Isso possibilita que o paciente desenvolva uma compreensão mais profunda de seus próprios pensamentos, emoções e comportamentos. Como resultado, é essencial estabelecer metas de tratamento que identifiquem as habilidades a serem aprimoradas e as crenças disfuncionais a serem reformuladas. Em última análise, o objetivo é ajudar o paciente a adquirir as competências necessárias para enfrentar situações desafiadoras, promovendo a reestruturação cognitiva e mudanças no comportamento (MARBAC E PELISOLI, 2014).

Pode se concluir que a Terapia Cognitivo-Comportamental não deve ser definida pela variedade de técnicas que possui, mas sim, na importância que se dá ao papel dos pensamentos na causa e na manutenção dos transtornos do paciente pelo terapeuta (DOS SANTOS, 2017).

4 O MODELO COGNITIVO DA IDEACÃO SUICIDA

De acordo com Assumpção, Oliveira e Souza (2018), a abordagem da Psicologia Cognitivo-Comportamental considera o suicídio como o resultado de uma sequência de eventos, comportamentos e pensamentos que levam ao desenvolvimento de crenças disfuncionais sobre si mesmo e o mundo. A literatura científica estabelece várias associações entre comportamentos suicidas e outras condições psicológicas, com ênfase nos transtornos depressivos, conforme argumentado por Turecki e Brent (2016). Nesse contexto, a depressão não patológica é interpretada como um sintoma que contribui para o surgimento e a persistência de crenças disfuncionais, que, por sua vez, promovem o comportamento suicida.

Além de ser um modelo de tratamento terapêutico controlado e de curta duração desenvolvido por Aaron BECK por volta da década de 1960, a Terapia Cognitivo Comportamental parte do pressuposto de que os pensamentos influenciam os sentimentos, que por sua vez influenciam os comportamentos. Assim, a modificação desses pensamentos disfuncionais pode levar a mudanças no comportamento do paciente, utilizando técnicas tanto cognitivas quanto comportamentais para alcançar essas transformações (BECK, 2014).

4.1 Compreendendo o comportamento suicida

Durkheim (2000) define o suicídio como o resultado fatal de uma ação realizada pela própria pessoa, seja ela de natureza positiva ou negativa, e com a intenção deliberada de causar a própria morte. Por outro lado, a tentativa de suicídio é um ato que se enquadra na definição anterior, mas que é interrompido antes de resultar na morte. O suicídio é um fenômeno complexo e influenciado por múltiplos fatores, com impacto tanto individual quanto coletivo, podendo afetar pessoas de diferentes origens, gêneros, culturas, classes sociais e faixas etárias. Sua etiologia está relacionada a uma ampla gama de fatores, que vão desde aspectos sociológicos, econômicos, políticos e culturais, passando por fatores psicológicos, psicopatológicos e até mesmo biológicos (MARBACK; PELISOLI, 2014).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (2016), 800 mil pessoas perdem a vida dessa forma em todo o mundo, número que representa 11,4 mortes para cada 100 mil habitantes. Essa estatística tende a crescer a cada ano e revela que pessoas cada vez mais jovens estão se envolvendo em comportamentos autodestrutivos. Nos países desenvolvidos, o número de mortes por suicídio entre homens é cerca de três vezes maior do que entre mulheres. No entanto, em países em desenvolvimento, a proporção é de aproximadamente 1,5

homens para cada mulher. Os suicídios representam 50% de todas as mortes violentas entre os homens e 71% entre as mulheres (SALES et al., 2020). O suicídio afeta todas as faixas etárias e é mais prevalente em homens do que em mulheres, como afirmado por Minghetti e Kanan (2012). No entanto, ao se concentrar na população mais jovem, foi possível identificar que as tentativas de suicídio entre adolescentes eram mais frequentes em meninas do que em meninos (CLAUMANN ET AL., 2018)

De acordo com Conwell e Thompson (2008), a maior parte do entendimento sobre os fatores que elevam ou reduzem o risco de suicídio é obtida por meio de análises retrospectivas de casos. Conforme relatado pelos autores, os transtornos afetivos abrangem uma proporção considerável, situando-se entre 54% e 90% dos casos, enquanto os transtornos associados ao uso de substâncias variam de 3% a 46%.

O ato de suicídio envolve uma série de comportamentos distintos. Inicialmente, temos os pensamentos suicidas, ou ideação suicida, seguidos pelo planejamento, que consiste em comportamentos autoagressivos não fatais. Em seguida, temos a tentativa de suicídio e, por fim, o próprio ato de suicídio (GATTI et al., 2020).

Assim como aponta Méa e Zancanella (2014), a única distinção entre um ato de suicida e o suicídio reside no resultado final, embora compartilhem características similares e ambas tenham efeitos prejudiciais na vida de um indivíduo. Apesar de haver uma conexão entre fatores psicopatológicos e o suicídio, pessoas sem diagnóstico de psicopatologias também podem experimentar pensamentos e comportamentos disfuncionais. Para que alguém desenvolva pensamentos disfuncionais e ideias suicidas, é necessário superar os sintomas de angústia e sofrimento associados ao comportamento suicida, demonstrando inicialmente estratégias de evitação para lidar com a angústia psicológica, que inicialmente parece insuportável (POMPILI et al., 2015).

4.2 O trabalho da Terapia Cognitivo-Comportamental com pacientes em risco de suicídio

Segundo Wenzel et al (2010) e Sales et al (2020) os termos e definições amplamente utilizados para descrever as manifestações comportamentais relacionadas ao suicídio podem ser resumidos da seguinte forma: suicídio, que refere-se ao comportamento autoinfligido que resulta em morte; tentativa de suicídio, caracterizada por comportamentos autoinfligidos que não resultam em morte, mas têm a intenção de causar o óbito; ato suicida, sendo uma ação

perigosa direcionada a si mesmo; e a ideação suicida que diz respeito às cognições, como pensamentos, imagens, vozes e/ou crenças, relacionadas intencionalmente com o fim da própria vida. Dessa forma, a ideação suicida é considerada um fator de risco, representando um dos extremos do comportamento suicida (WERLANG; BORGES; FENSTERSEIFER, 2005).

Em relação às características das mentes suicidas, Marback e Pelisoli (2014) destaca três aspectos principais. O primeiro é a ambivalência, que se refere à contradição entre o desejo de morrer e o desejo de continuar vivendo. O segundo é a impulsividade, uma vez que o desejo de morrer pode ser transitório, oscilando ao longo do tempo. Por fim, a rigidez é mencionada, indicando que as pessoas com tendências suicidas têm dificuldade em enxergar outras soluções para seus problemas, ficando presas em pensamentos constantes relacionados ao suicídio. É fundamental ressaltar que tanto a ideação suicida quanto a intenção suicida são elementos essenciais em uma crise suicida atual e também estão associadas a um maior risco de morte por suicídio para o indivíduo em questão (WENZEL et al., 2010).

A Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) tem sido amplamente utilizada no tratamento que apresentam ideação ou tentativa de suicídio (WENZEL; BROWN; BECK 2010). De forma breve tem demonstrado maior efetividade em comparação com o tratamento convencional, mostrando um resultado significativo desse tratamento através da redução na incidência de novas tentativas suicidas após o início da terapia. Sendo importante criar e praticar um plano de resposta à crise, além de desenvolver habilidades de regulação emocional e diminuir as cognições associadas aos comportamentos suicidas (BERNECKER et al. 2020).

De acordo com Bernecker et al (2020), a Terapia Cognitivo-Comportamental é atualmente o tratamento psicológico com a maior taxa de efetividade na redução das tentativas de suicídio. Dentro dessa abordagem, é possível que terapeuta e paciente, ao longo de cerca de 12 sessões, examinem os fatores que podem desencadear a crise, elaborando um plano de tratamento no qual são aplicadas estratégias para lidar com a crise. Isso inclui o desenvolvimento de habilidades de regulação emocional e a redução das cognições associadas ao comportamento suicida. No final da primeira sessão de terapia, é importante desenvolver um plano de segurança que inclua uma lista de sinais de alerta, estratégias de autoajuda e informações de contato de membros da família, profissionais de saúde mental e serviços de emergência. O plano de segurança também deve designar uma pessoa responsável por entrar em contato caso ocorra ideação suicida (WENZEL; BROWN; BECK, 2010).

Dessarte, através da TCC, busca-se promover o autoconhecimento, aumentar a autoestima e melhorar a qualidade de vida, visando a modificação de comportamentos disfuncionais, melhora da comunicação, identificação dos sentimentos e promover uma melhor interação social. Essas intervenções têm como objetivo geral o bem-estar emocional e a prevenção de comportamentos suicidas (BECK, 1997).

4.3 O modelo cognitivo da ideação suicida

A Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) é reconhecida como uma abordagem estruturada, direcionada, e interativa, com uma eficácia comprovada no tratamento de diversos transtornos psiquiátricos. Essa abordagem se baseia na premissa de que as emoções e comportamentos de uma pessoa são moldados pela maneira como ela percebe e interpreta o mundo ao seu redor (BECK et al., 1997).

O modelo cognitivo subjacente à TCC considera o processamento cognitivo como a avaliação interna que uma pessoa faz dos eventos e do ambiente. Nesse contexto, as cognições desempenham um papel fundamental nas respostas emocionais (WRIGHT et al., 2018). A ideia central é que não são os eventos em si que determinam as emoções das pessoas, mas sim a interpretação que fazem desses eventos.

Araújo e Shinohara (2002) enfatizam a importância da formulação do diagrama de conceituação cognitiva, que seria a junção dos dados da situação-problema do paciente. Dentre eles, seus pensamentos automáticos, emoções e comportamentos, estratégias comportamentais, crenças intermediárias, crenças centrais e relatos importantes da infância. Assim, se torna possível construir um mapa cognitivo da psicopatologia do paciente, traçando um panorama do seu funcionamento e, com isso, propor uma intervenção eficaz. Desta forma, o paciente inserido na abordagem cognitivo comportamental, está sempre sendo estimulado a segmentar seu sofrimento psíquico para autoexploração, em consequência de seus aprendizados adquiridos (DOS SANTOS, 2017)

A conceituação cognitiva de pacientes suicidas sugere que em situações de estresse, os pensamentos se tornam mais inflexíveis e distorcidos, levando a crenças inflexíveis sobre si mesmos, o mundo e o futuro. Essas distorções cognitivas resultam em emoções e comportamentos distorcidos, e, como resultado, podem levar a conclusões errôneas (Weishaar, 2004 Entre os vários elementos relacionados ao risco de suicídio, a desesperança emerge como um impulso significativo e um foco fundamental para as abordagens de

intervenção da Terapia Cognitivo Comportamental (TCC). A falta completa de esperança, a incapacidade de encontrar motivos para continuar vivendo e a sensação de desamparo diante da ausência de uma solução podem conduzir a pessoa a erroneamente enxergar o suicídio como a única opção possível (MARBACK; PELISOLI, 2014).

No âmbito da psicoterapia de Terapia Cognitivo Comportamental (TCC), o foco está na promoção de processos de pensamento conscientes e adaptativos, como o pensamento lógico e a resolução de problemas. Além disso, a terapia visa que o paciente identifique e transforme seu modo de pensar prejudicial, concentrando-se em duas áreas específicas de processamento de informações: os pensamentos automáticos e os esquemas (WRIGHT et al., 2010).

Os pensamentos automáticos referem-se a pensamentos que surgem instantaneamente quando uma pessoa avalia o significado de eventos. Por outro lado, os esquemas são crenças nucleares que funcionam como regras para processar informações e começam a se formar na infância, sendo moldados pelas experiências de vida do indivíduo (WRIGHT et al., 2018).

4.4 A família do paciente

Vidal et al (2013) propõem a importância da preparação dos profissionais para enfrentar a avaliação de riscos com pacientes e seus familiares. A família desempenha um papel fundamental na implementação do plano de segurança, garantindo um ambiente seguro e reduzir o risco de comportamento suicida. Eles podem oferecer suporte emocional e ajudar a manter o um engajamento no tratamento, incentivando a presença do paciente nas sessões de terapia.

A família pode fornecer informações sobre eventos que possam desencadear crises suicidas, auxiliar na implementação de um plano de segurança e monitorar o aumento significativo da ideação suicida. Eles podem restringir o acesso a meios letais e estar atentos aos sinais de alerta, além de contribuir com estratégias de enfrentamento e entrar em contato com o psicólogo durante uma crise. Além disso, a família também desempenha um papel importante no apoio emocional ao longo do processo de tratamento (WENZEL; BROWN; BECK, 2010).

4.5 Aliança terapêutica

WRIGHT et al (2008) enfatizam a importância da aliança terapêutica sólida, onde há constante desenvolvimento da compreensão dos problemas pelos pacientes e progresso individual de cada um deles. Durante todo o processo de tratamento, o terapeuta e o paciente estabelecem uma parceria de trabalho, onde ambos desempenham um papel ativo no tratamento, e é essencial desenvolver um vínculo terapêutico sólido para facilitar esse processo. A colaboração entre terapeuta e paciente é fundamental para estabelecer confiança mútua e alcançar os objetivos terapêuticos. A participação ativa do paciente no processo terapêutico permite que ele tenha uma compreensão clara do tratamento e saiba como proceder ao longo do mesmo, e dessa forma, o trabalho conjunto fortalece a confiança no terapeuta e contribui para o sucesso do tratamento (WENZEL; BROWN; BECK, 2010).

De acordo com BECK (2013), o terapeuta desempenha um papel fundamental no auxílio ao paciente para que ele possa pensar e agir de maneira mais adaptativa e funcional. Isso é alcançado por meio do treinamento de habilidades e resolução de problemas, onde o terapeuta incentiva o paciente a expressar os problemas que estão causando sofrimento em seu cotidiano, e juntos eles exploram possíveis soluções. Portanto, a Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) possui um conjunto sólido de evidências que comprovam a eficácia de suas intervenções em uma variedade de problemas de saúde mental enfrentados pelos indivíduos. Assim, a TCC pode ser uma alternativa promissora na prevenção e tratamento da ideação suicida, onde o processo terapêutico direcionado a pacientes com pensamentos suicidas segue uma abordagem semelhante ao processo de psicoterapia aplicado a pacientes com depressão, transtornos de ansiedade, dependência de substâncias, entre outros (WENZEL et al., 2010).

5 TRATAMENTO E MANEJO CLÍNICO DE PACIENTES COM IDEACÃO SUICIDA

A Terapia Cognitivo-Comportamental dispõe de importantes evidências que apontam suas intervenções como significativamente eficazes em diversos contextos problemáticos em saúde mental. Sendo assim, ressalta-se a fundamental contribuição da TCC no que tange às intervenções com estratégias preventivas e de tratamento aos pacientes com ideação suicida (DE ABREU; MARTINS, 2022). Os subitens a seguir estão relacionados aos achados da literatura no que se refere como tratamento e manejo clínico da ideação suicida, constituindo-se como fatores importantes na intervenção nos casos de ideação suicida, sob a ótica perceptiva da TCC.

5.1 Avaliação do risco suicida

É crucial que o profissional identifique quem está em risco de tentar o suicídio, e isso requer a distinção das características que diferenciam aqueles que se envolvem em atos suicidas daqueles que não o fazem. Nenhuma dessas variáveis isoladamente é capaz de desencadear um ato suicida. Na realidade, essas variáveis se somam e se influenciam mutuamente, aumentando a vulnerabilidade de uma pessoa ao comportamento suicida. É frequentemente desafiador aplicar, de maneira prática, um entendimento eficaz dessas variáveis durante a avaliação de um paciente, devido ao fato de que a maioria das pessoas que apresentam essas características não acabam tentando ou cometendo suicídio (WENZEL et al., 2010).

Uma avaliação sólida sobre o quanto um paciente apresenta características relacionadas a comportamentos suicidas pode servir a dois propósitos clínicos essenciais. Em primeiro lugar, pode orientar o profissional de saúde na escolha do nível adequado de atendimento (por exemplo, consultas ambulatoriais semanais, programa de internação parcial, internação hospitalar), com base na quantidade e na gravidade dessas características específicas exibidas por um paciente em particular. Em segundo lugar, possibilita ao terapeuta iniciar a análise cognitiva do quadro clínico do paciente, permitindo a formulação de hipóteses sobre fatores contextuais mais amplos e fatores imediatos que precedem os comportamentos suicidas (WENZEL et al., 2010).

Segundo as observações de Marback e Pelisoli (2014), a grande maioria dos episódios de suicídio está associada a emoções como depressão, ansiedade e desesperança, ou resulta de experiências mal-sucedidas. No entanto, é importante notar que a maioria dos indivíduos que

comete suicídio também apresentava algum tipo de transtorno mental, sendo a desesperança um fator crucial para o surgimento desses pensamentos perturbadores. É importante levar em conta não apenas o estado de saúde mental, mas também a saúde física de um indivíduo. É reconhecido que tanto a saúde física quanto certas condições psicológicas podem ser fatores que contribuem para o aumento das taxas de suicídio, o que amplia sua relevância em diversas faixas etárias. Isso se deve ao fato de que determinados transtornos mentais e padrões depressivos são observados em todas as idades (SOARES; CAPONI, 2011).

Teng Pampanelli (2015) também estabelecem a conexão entre o comportamento suicida e os transtornos do humor, incluindo a depressão unipolar e o transtorno afetivo bipolar, além de destacar os transtornos relacionados ao uso de substâncias, esquizofrenia e outros distúrbios de personalidade como fatores associados ao comportamento suicida. Assim como foi discutido por Wenzel et al (2010), existem variáveis relevantes para as tentativas de suicídio e para as mortes por suicídio que se dividem em quatro grandes categorias:

- *Variáveis demográficas:* onde as características demográficas relacionadas aos comportamentos suicidas geralmente despertam menos interesse entre os clínicos, já que muitos desses fatores não podem ser alterados durante o tratamento (por exemplo, idade, gênero). No entanto, é importante estar ciente desses grupos demográficos de alto risco, a fim de considerar essas informações ao determinar o nível adequado de acompanhamento individual para seus pacientes.
- *Variáveis diagnósticas:* onde é possível estabelecer uma conexão entre doenças como a AIDS, o câncer, a doença pulmonar obstrutiva crônica, a dor crônica, a doença renal em estágio terminal e transtornos neurológicos graves a um aumento no risco de ideação suicida, tentativas de suicídio e suicídio consumado. Cerca de 30 a 40% das pessoas que morrem por suicídio têm alguma forma de problema de saúde. No entanto, essas taxas variam conforme a idade, sendo menos frequentes em adultos mais jovens que cometem suicídio e mais prevalentes em adultos mais velhos que o fazem. Embora a presença de doenças raramente seja uma causa direta de suicídio, frequentemente ela aumenta a vulnerabilidade ao suicídio, desencadeando sentimentos de desesperança, falta de propósito na vida e a perda de papéis sociais significativos, além de contribuir para o desenvolvimento de comorbidades psiquiátricas.
- *Variáveis do histórico psiquiátrico:* um dos indicadores mais poderosos para prever o suicídio é, possivelmente, a presença de tentativas de suicídio anteriores. O histórico de tentativas anteriores de suicídio continua a ser um fator significativamente relacionado à

presença de pensamentos suicidas, mesmo quando se consideram vários outros fatores de risco bem estabelecidos para comportamentos suicidas durante a análise. A ocorrência de múltiplas tentativas de suicídio está especialmente associada a um aumento substancial no risco de comportamentos suicidas futuros.

- *Variáveis psicológicas*: diferentemente das variáveis demográficas e do histórico psiquiátrico, as variáveis psicológicas, que incluem aspectos cognitivos, emocionais e comportamentais, podem ser alvo de modificação por meio de intervenções psicoterapêuticas direcionadas. Essas variáveis podem representar o mecanismo subjacente pelo qual os comportamentos suicidas se desenvolvem em um indivíduo específico. Na literatura, temos cinco categorias de variáveis psicológicas que têm sido amplamente exploradas, sendo elas, desesperança, pensamentos suicidas, impulsividade, dificuldades na resolução de problema e perfeccionismo.

Vale ressaltar que, no tratamento clínico de indivíduos em potencial risco de ideação ou tentativa de suicídio, é imprescindível que o profissional se empenhe numa avaliação cautelosa do risco de suicídio do paciente em questão. Essa avaliação vai muito além do acolhimento e a vinculação terapêutica, também indispensáveis, tendo como finalidade a coleta de informações fundamentais que compõem o perfil daquele determinado comportamento suicida, tais como: motivação do ato, fator(es) desencadeante(s) de maior impacto e intencionalidade (ideia que o paciente tem do que é “morrer”); presença de fatores de risco e predisponentes (como transtornos mentais, tentativas prévias, uso de substâncias, falta de apoio social, abusos, etc); e antecedentes pessoais e familiares. O enfoque, no final, é chegar a uma avaliação global do paciente e uma formulação da gravidade do risco suicida que ele apresenta (BOTEGA, 2015).

Outro aspecto relevante na avaliação do risco de suicídio é o exame do estado mental do paciente, uma vez que muitas das funções psíquicas do indivíduo com ideação suicida podem estar prejudicadas. Feliciano e Moretti (2015) descrevem que déficits no processamento pré-frontal (isto é, nas funções executivas – responsáveis pela coordenação do comportamento e pela regulação emocional) podem explicar o porquê de pacientes suicidas apresentam dificuldades para solucionar problemas com êxito. Associando isso ao sentimento de desesperança, o paciente tem uma falha leitura da realidade de seus problemas, enxergando no suicídio sua única possibilidade de resolução.

5.2 Psicoeducação e Aliança Terapêutica

A psicoeducação surge enquanto primeira técnica de intervenção propriamente dita no processo psicoterapêutico (CAETANO, 2018). Seu objetivo é levar o paciente à compreensão tanto do que será feito no decorrer do seu tratamento (como a TCC funciona, sua estrutura e afins), quanto da sua situação patogênica (como o paciente está funcionando cognitivamente, o que está o levando e mantendo em sua condição patológica, etc).

É a partir da psicoeducação que, também, busca-se fortalecer a relação terapêutica entre terapeuta e paciente. De acordo com E. Pereira (2021), a vinculação terapêutica exerce papel fundamental no tratamento de pacientes em risco de suicídio, visto que necessitam de uma figura de confiança com quem consigam estabelecer uma aliança genuína e caracterizada pela atenção e empatia. A relação terapêutica mostra-se essencial para o engajamento e aderência do paciente à terapia, já que, uma vez a sociedade atuando como estímulo aversivo e propiciando comportamentos suicidas, a audiência não punitiva do terapeuta surge como um possível reforçador que inspire esperança no tratamento (DE ALMEIDA, 2018).

5.3 Planos de Segurança

Em situações de crise, técnicas que demandam maior complexidade de raciocínio e esforços cognitivos são mais difíceis de serem utilizadas, graças ao estado de grande excitação emocional experimentado pelo paciente. Por conta disso, são criados os chamados planos de segurança, caracterizados como estratégias as quais o paciente pode se “prender” para evitar uma iminente ou futura tentativa de suicídio (HENRIQUES; BECK; BROWN, 2003). Marback e Pelisoli (2014) alegam que tais planos são construídos colaborativamente com o paciente e, quando necessário, consultados, sendo neles abordados aspectos como reconhecer sinais de alerta que precedem as crises suicidas, identificar estratégias de enfrentamento (*coping*) e meios de contato com a rede de apoio do paciente.

Vale ressaltar que a rede de apoio do paciente, em especial a família, cumpre papel protetivo no que tange às crises e possíveis tentativas de suicídio. Uma vez que a família também é inserida no tratamento e, inclusive, psicoeducada sobre o funcionamento do paciente com ideação suicida, ambos se tornam capazes de identificar potenciais fatores de risco e também de proteção (DE OLIVEIRA; FERREIRA, 2022).

5.4 Reestruturação cognitiva

A reestruturação cognitiva é o processo no qual o paciente é auxiliado a identificar padrões de percepção da realidade distorcidos, reconhecer interpretações e pensamentos demasiadamente negativos e buscar desenvolver cognições alternativas mais funcionais e realistas. Esta técnica cognitiva é amplamente utilizada para evitar e/ou corrigir reações emocionais aversivas que surgem com fortes sensações de culpa e fracasso (PEREIRA, E. 2021). Sendo assim, ao modificar pensamentos automáticos relacionados à ideação suicida (bem como as crenças que os sustentam), modifica-se também as emoções negativas e comportamentos disfuncionais geralmente autolesivos correlatos às cognições desadaptativas (SOUSA; MARTINS, 2010).

O processo de reestruturação/flexibilização cognitiva começa com a identificação das distorções cognitivas, que nada mais são do que padrões disfuncionais e equivocados de interpretação dos eventos e da realidade. Para isso, Arroio e Alarcon (2016) dissertam sobre o uso do exame das evidências que sustentam e refutam a cognição-problema e a listagem de modelos alternativos a ela, resultando numa perspectiva mais ampla dos processos do pensamento (ARRIGONI, 2021).

Como método de automonitoramento, a reestruturação conta com o registro de pensamentos disfuncionais (comumente chamado de RPD), definido como uma estratégia em que o paciente é orientado a registrar a situação-problema, o pensamento automático despertado por ela e suas conseqüentes reações emocionais e comportamentais (AGOSTINHO; DONADON; BULLAMAH, 2019).

Após o devido monitoramento dos pensamentos disfuncionais, a reestruturação cognitiva parte para a utilização do chamado questionamento socrático, uma técnica em que, conforme Andrade (2022), o terapeuta induz uma série de questionamentos que gerem reflexões pertinentes como forma de conduzir o paciente a indagar e relativizar seus pensamentos potencialmente equivocados.

Segundo Sousa e Martins (2010), a conceituação cognitiva na compreensão de pacientes com ideação suicida parte do princípio de que, em momentos de estresse, os pensamentos se tornam mais rígidos e distorcidos, e as crenças (sejam elas intermediárias ou nucleares) se tornam mais inflexíveis. Além disso, essa abordagem também promove uma análise mais aprofundada da crise suicida do paciente, abrangendo a compreensão de como os fatores em sua história de vida se relacionam com a crise e a maneira como ele reage e lida

com esses fatores (MARBACK; PELISOLI, 2014). Desse modo, a reestruturação cognitiva se mostra como uma importante ferramenta para trabalhar com pensamentos de incapacidade e desesperança, temas comuns durante a ideação suicida.

5.5 Ativação comportamental

A ideação suicida carrega, em seu cerne, uma dificuldade do indivíduo em encontrar prazer nas mais variadas atividades de sua vida, retroalimentando, então, o ciclo de desesperança que se instala neste quadro. Por esse motivo, técnicas de componentes comportamentais se mostram de fundamental importância, ao permitir a devida exposição do paciente ao seu meio e aos reforçadores nele contidos, que se constituem enquanto importantes fontes de prazer (DA SILVA; RÜCKERT, 2020). Dessa forma, a chamada *Behavior Activation* (BA), ou Ativação Comportamental, tem como foco principal a ampliação do repertório comportamental do paciente, promovendo atividades potencialmente prazerosas e que permitam o desenvolvimento de diversas habilidades, que por sua vez possibilitam ao indivíduo a retomada das contingências de reforçamento (ALVES; BONVICINI, 2022).

A condução clínica da BA é orientada pela chamada agenda diária de atividades, em que há um trabalho colaborativo entre terapeuta e paciente para estimular a participação deste em pequenos experimentos comportamentais controlados, que possuem como objetivo a identificação e delimitação de atividades que tenham o potencial de produzir melhoras no estado de ânimo do paciente (ABREU; ABREU, 2020).

Abreu e Abreu (2017) abordam que é de suma importância que tais atividades estejam constantemente relacionadas aos valores de vida do paciente, isto é, com as regras associadas ao longo da história do indivíduo, cujo seguimento produz um sólido contato com contingências de reforçamento positivo em médio e longo prazo. Dessarte, a ativação comportamental também atua na modificação de comportamentos de esquiva passiva, isto é, aqueles comportamentos emitidos com o intuito de se evitar situações estressoras, conseqüentemente produzindo certo alívio a curto prazo, mas que por limitarem o contato do indivíduo com circunstâncias reforçadoras, potencializam o humor rebaixado e a sensação de falta de prazer a longo prazo (SANTOS, 2017).

Em geral, o planejamento dessas atividades aborda as seguintes áreas: relacionamentos familiares; relacionamentos sociais; relacionamentos íntimos; educação/treinamento;

emprego/carreira; hobbies/recreação; serviço voluntário/caridade/atividades políticas; atividades físicas/hábitos de saúde; espiritualidade; e questões psicológicas/emocionais (ABREU; ABREU, 2017). Desse modo, a premissa aqui

é que o terapeuta evidencie o progresso para o cliente a partir dos dados levantados, desafiando com isso as crenças iniciais de desamparo. Ademais, ao avaliar o grau de satisfação, o cliente pode gradativamente ficar mais sensível a esse sentimento que foi produzido na execução das atividades. Essas experiências vão desafiar suas crenças de que não é capaz de sentir prazer (ABREU; ABREU, 2020, p. 114).

Dessarte, Santos (2017) ressaltou que há indícios significativos de que a ativação comportamental contém potencial terapêutico até mesmo de forma independente da tradicional reestruturação cognitiva. Nesse sentido, tal estratégia modifica o conteúdo muitas vezes distorcido frequentemente presente nos pensamentos de morte que compõem a ideação suicida, além de auxiliar na melhora considerável do humor e na extinção de comportamentos de esquiva.

5.6 Treinamento de habilidades

Para além de crenças irrealistas e pensamentos distorcidos, pacientes suicidas frequentemente apresentam dificuldades significativas para resolver adversidades concretas que se impõem à sua realidade. É exatamente por isso que se torna fundamental que a psicoterapia envolva o treino e desenvolvimento de habilidades de resolução de problemas, isto é, um conjunto de competências que, sob um desempenho eficaz, levam o indivíduo a agir e responder frente às situações adversas de maneira mais adaptativa (LINEHAN, 2018).

Vale dizer que o pleno funcionamento de um bom repertório de habilidades sociais, por exemplo, está dentre os fatores mais proeminentes para a redução do risco suicida. Essas habilidades favorecem o estabelecimento e a manutenção de laços interpessoais que possam compor a rede de apoio do indivíduo, bem como o desenvolvimento de estratégias adaptativas de enfrentamento e tolerância a frustrações (PEREIRA, C. 2021).

Leal, Quadros e Reis (2011) trazem que, no treinamento de habilidades, busca-se mapear os déficits comportamentais e sociais do indivíduo, de modo que, posteriormente, estes possam ser adequadamente trabalhados de acordo com as particularidades do repertório comportamental do sujeito. Para tal, são utilizadas estratégias como os ensaios comportamentais e a modelagem, procedimentos que visam apresentar e representar maneiras mais efetivas de se enfrentar situações reais que se apresentam como problemas na vida do

paciente, que por sua vez é incentivado a mimetizar tais habilidades aprendidas e generalizá-las aos mais variados contextos que vivencia.

No que tange às habilidades de resolução de problemas, a ideia é incentivar o paciente a, além de identificar adequadamente seus problemas, ampliar seu campo perceptivo quanto às soluções dos mesmos, possibilitando a criação de alternativas úteis e mais adaptativas. Nesse contexto, o terapeuta pode, por exemplo, questionar o paciente sobre como ele aconselharia um amigo que precisasse resolver um problema semelhante, posteriormente discutindo as potenciais soluções e preparando sua implementação prática (CONCEIÇÃO; BUENO, 2020).

5.7 Regulação Emocional

A vivência de experiências estressantes e traumáticas é natural e inerente a qualquer ser humano, o que faz com as reações emocionais frente a essas situações sejam experimentadas de forma crescente e gradativa, cuja intensificação é o cerne de muitos comportamentos desadaptativos e de risco. A essa intensificação excessiva das emoções, podendo impactar diretamente no processamento cognitivo e na tomada de decisões diante situações problemáticas, dá-se o nome de desregulação emocional (FERREIRA, 2020).

A desregulação emocional tende a se manifestar sob a forma de variados tipos de comportamentos desadaptativos, como abuso de substâncias, compulsões e comportamentos autolesivos. Sendo assim, é possível afirmar que a desregulação emocional é tida como um grave fator de risco no que tange à ideação suicida, que pode passar a ser entendida como uma estratégia que, embora desadaptativa, serviria para resolver problemas daqueles que se consideram incapazes de gerenciar suas próprias emoções. Para essas pessoas, recorrer aos comportamentos autolesivos surge enquanto uma alternativa que permite lidar com a alta intensidade das emoções, distrair ou até mesmo punir (REIS, 2021).

Dessarte, Ferreira (2020) atenta à importância de se trabalhar, no processo psicoterapêutico, com a chamada regulação emocional, que é definida como o conjunto de habilidades adaptativas utilizadas para minimizar as intensificações emocionais a níveis assimiláveis ao sujeito, melhorando seu enfrentamento à situação e melhor modelando seu comportamento diante dela.

No que tange à regulação emocional em psicoterapia cognitivo-comportamental, Leahy, Tirsch e Napolitano (2013) sugerem algumas técnicas potentes, tais como: identificação de esquemas emocionais, em que o terapeuta identifica em quais esquemas emocionais se sustentam as interpretações e crenças negativas do paciente; nomeação e diferenciação de emoções, em que o paciente é ensinado a nomear e discriminar corretamente suas emoções; normalização da emoção, que tem como finalidade ajudar o paciente a diminuir a sensação de culpa por certos pensamentos intrusivos e emoções por eles provocados; percepção da efemeridade emocional, em que o terapeuta induz o paciente a perceber, com suas experiências do dia a dia, que as emoções e o possível desconforto associado a elas não são duradouros, mas sim passageiro e que diminui gradualmente; e abertura expressiva, onde o terapeuta trabalha com o paciente sobre a possibilidade de se ter espaço para as emoções serem sentidas sem que precisem ser suprimidas ou “anestesiadas”, como muitos o fazem com o uso de estratégias um tanto quanto disfuncionais.

Outro módulo amplamente utilizado em regulação emocional é o da atenção plena, que dita que as emoções não devem ser controladas, mas experienciadas. Sendo assim, o treinamento em atenção plena visa abrir um espaço para que o sujeito possa vivenciar emoções de forma completa, acolhedora e de não julgamento, no intuito de minimizar a reatividade emocional intensa (LEAHY; TIRCH; NAPOLITANO, 2013). Desse modo, a atenção plena (ou, como também é chamada, *Mindfulness*) constitui-se enquanto uma técnica passível de ser ensinada e treinada, tendo como objetivo último tornar os sujeitos mais atentos acerca dos pensamentos e sentimentos experienciados, e de uma forma descentralizada (RIZZUTI; SIQUARA; ABREU, 2017).

Por fim, sabe-se que, na ideação suicida, é comum que os pacientes tentem incessantemente suprimir e romper com o fluxo de pensamentos e sentimentos desagradáveis, o que pode gerar um “efeito rebote” ao maximizá-los ainda mais. Sendo assim, tal postura combativa é substituída na psicoterapia pela chamada aceitação experiencial. Aqui, oferece-se ao paciente um modo alternativo de se relacionar com suas experiências pessoais, onde é fomentada uma postura intencionalmente aberta e receptiva não para “abraçar a dor”, mas para reconhecer a realidade a inevitabilidade de sentir alguma dose de sofrimento em algumas situações (LEAHY; TIRCH; NAPOLITANO, 2013).

5.8 Prevenção de recaídas e alta terapêutica

Na fase avançada do tratamento, o foco é avaliar se o paciente aprendeu e é capaz de aplicar as técnicas e habilidades ensinadas pelo terapeuta para que ele consiga dissipar uma possível nova crise suicida. Para tanto, faz-se uma revisão abrangente de todas as habilidades praticadas durante o processo psicoterápico, na qual o clínico pergunta ao paciente quais estratégias lhe foram mais úteis (WENZEL; BROWN; BECK, 2010).

Sequencialmente, segundo Wenzel, Brown e BECK (2010), aplica-se o protocolo de prevenção de recaídas, onde o paciente é convidado a imaginar sua crise suicida anterior e, assim, descrever sistematicamente como iria lidar com os pensamentos, sentimentos, comportamentos e circunstâncias relacionadas à crise.

Tal protocolo de prevenção de recaídas é dividido nas fases: preparação, onde é feita uma psicoeducação sobre o protocolo para o paciente; revisão da crise suicida recente, onde é solicitada uma descrição imagética vívida da crise, focando em pensamentos, emoções e comportamentos mais relevantes; revisão da crise suicida usando habilidades, em que se estimula o paciente a descrever a sequência de eventos que levou à crise, juntamente às estratégias de enfrentamento para esses eventos ativadores; revisão de uma futura crise suicida, onde é solicitado ao paciente que descreva possíveis eventos com potencial de resultarem numa crise suicida, incentivando-o a organizar estratégias para enfrenta-la; e, por fim, o *debriefing*, em que o paciente resume o que aprendeu e é realizada uma revisão do plano de segurança.

Concluído o protocolo de prevenção de recaídas, é feito um trabalho colaborativo entre terapeuta e paciente para avaliar o progresso feito em direção aos objetivos do tratamento. É realizada também uma avaliação de risco suicida para verificar se ainda há algum pensamento, ideação e/ou intencionalidade suicida. É importante que o terapeuta estabeleça um período de observação e monitoramento para verificar uma possível recorrência de sintomas e, em caso negativo, prossegue-se com uma revisão de habilidades aprendidas, razões para viver e da lista de pessoas que compõem sua rede de apoio social. Por fim, terapeuta e paciente discutem, colaborativamente, o seguimento do tratamento, seja para continuidade do mesmo (visando outros objetivos), encaminhamento para outro tipo de tratamento ou o encerramento de fato, o que configuraria a alta terapêutica (WENZEL; BROWN; BECK, 2010).

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante da crescente prevalência de casos de ideação suicida na sociedade contemporânea, a presente pesquisa objetivou a investigação na literatura, nacional e internacional, a eficácia da terapia cognitivo comportamental como uma abordagem terapêutica promissora empregada no manejo clínico de pacientes em risco de suicídio, bem como explorar quais estratégias cognitivas e comportamentais vêm sendo utilizadas para tal. Os resultados obtidos revelam evidências consistentes que respaldam a eficácia dessa modalidade de intervenção, destacando melhorias significativas nos sintomas depressivos, na qualidade de vida e na redução da ideação suicida.

Vale ressaltar que, apesar de ser um tema com considerável atenção clínica e acadêmica, observou-se a escassez de estudos atuais cientificamente relevantes no contexto nacional, tendo em vista que boa parte dos tópicos aqui abordados são oriundos de materiais mais antigos acerca desta temática que, mesmo ainda tendo irrefutável relevância, demonstram a necessidade de que novos estudos sejam fomentados.

A Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) aborda a ideação suicida fundamentada na compreensão da interconexão entre pensamentos, emoções e comportamentos. Seu foco reside na identificação e modificação de padrões de pensamento disfuncionais que podem estar associados à ideação suicida, buscando efetuar a reestruturação cognitiva e fomentar o desenvolvimento de estratégias adaptativas. Sendo reconhecida por sua estruturação, curta duração e foco no momento presente do paciente, a TCC utiliza de estratégias para abordar a ideação suicida.

De início, para obter-se uma estrutura básica que auxilia na compreensão do funcionamento do indivíduo, é necessário que o terapeuta realize uma conceitualização do caso, facilitando a relação terapêutica e fortalecendo a adesão do paciente ao tratamento, permitindo uma compreensão mais clara de seus problemas sob a perspectiva do modelo cognitivo, que se trata de uma estrutura teórica que serve como base para a compreensão e intervenção terapêutica. Criado por Aaron Beck, esse modelo ressalta a interconexão entre pensamentos, emoções e comportamentos como um elemento fundamental na experiência humana. Além disso, fornece uma estrutura sistemática para compreender como os pensamentos influenciam o bem-estar emocional e os comportamentos, permitindo intervenções eficazes para promover mudanças positivas.

Com base no modelo cognitivo, as emoções, comportamentos e fisiologia são influenciados pelas avaliações e interpretações individuais dos eventos, onde durante esse processo interpretativo podem surgir distorções cognitivas resultantes da forma como os indivíduos percebem suas experiências. Se a situação for interpretada de maneira distorcida, essas distorções têm o potencial de intensificar o impacto das percepções incorretas. Isto é, fenômenos psicológicos (sejam eles de caráter emocional e/ou comportamental) estão diretamente conectados ao modo como o sujeito percebe e interpreta a realidade em sua volta.

De tal modo, a ideação, ou até mesmo o comportamento suicida, também se manifestam enquanto manifestações intensas de um sofrimento que tem como base uma atribuição de perspectivas um tanto quanto negativas à realidade e à vida em si. Para tanto, durante o processo terapêutico, é enfatizado a importância da identificação dos três níveis do sistema cognitivo para que seja possível ocorrer mudanças dos pensamentos. Sendo esses níveis divididos em: Pensamentos Automáticos, Crenças Intermediárias e Crenças Centrais.

Através da avaliação de pensamentos automáticos é possível identificar e avaliar os pensamentos automáticos negativos e distorcidos que contribuem para a ideação suicida, questionando a validade desses pensamentos e buscando evidências objetivas. E com a exploração de crenças se torna possível investigar e desafiar crenças nucleares negativas que contribuem para a rigidez cognitiva e a interpretação distorcida da realidade, ajudando a trabalhar na modificação dessas crenças para promover uma visão mais equilibrada.

Se de um lado os aspectos cognitivos se mostram de grande relevância no que tange à temática do suicídio, por outro, tem-se uma preocupação significativa com os aspectos comportamentais. Haja vista que os pacientes com ideação suicida, na maioria das vezes, não apresentam repertório comportamental adequado para enfrentar problemas, e por isso se colocam em risco aumentado de enxergar o suicídio como única solução possível para eles, mostra-se fundamental que a Terapia Cognitivo-Comportamental também trabalhe assiduamente no treinamento de habilidades de enfrentamento e resolução de problemas. Dessa forma, aprimora-se o repertório do sujeito, ampliando sua percepção sobre seus próprios problemas e, principalmente, lhe dando maior perspectiva de possíveis soluções, que não finalizar sua própria vida.

De forma breve, a Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) tem evidenciado maior eficácia em comparação com as abordagens terapêuticas convencionais, resultando em uma redução significativa na incidência de novas tentativas suicidas após o início do tratamento. É

essencial estabelecer e implementar um plano de resposta à crise, ao mesmo tempo em que se desenvolvem habilidades de regulação emocional e se reduzem as cognições associadas aos comportamentos suicidas.

O desenvolvimento de estratégias de enfrentamento utilizados pela TCC, ensina habilidades de enfrentamento para lidar com situações desencadeantes, emoções intensas e pensamentos suicidas. Isso pode incluir a prática de avaliação do risco suicida, psicoeducação e aliança terapêutica, planos de segurança, reestruturação cognitiva, ativação comportamental, treinamento de habilidade e regulação emocional.

É sabido que o comportamento é multideterminado e interage diretamente com o ambiente em que é emitido. No caso do comportamento suicida, não é diferente. Por tal motivo que, apesar de não ter sido foco primordial deste trabalho, é de fundamental importância que se reconheça a necessidade de atentar a família e a rede de apoio de pacientes em ideação suicida, para que ajam de modo a acolher o sofrimento em questão e fornecer devido suporte para a busca por tratamento psicológico adequado.

Ademais, a modulação do ambiente é fator essencial quando se trata do manejo e prevenção de recaídas no paciente com comportamento suicida, tanto no sentido de evitar seu acesso a meios potenciais de suicídio, quanto à necessidade de se trabalhar em mudança de hábitos e do estilo de vida, aspectos fundamentais para a criação de um repertório e um ambiente que não estimule a ideação suicida, mas sim a valorização da vida e o pleno acesso a reforçadores eficazes e saudáveis para o sujeito.

Sendo assim, uma vez que a Terapia Cognitivo-Comportamental estabelece competências para se analisar e trabalhar cada um desses aspectos supracitados, o uso desta abordagem psicoterápica no tratamento de pessoas com ideação/comportamento suicida se justifica pela magnitude de alcance de suas técnicas na vida do sujeito. Dessarte, a TCC visa, de modo geral, reestruturar percepções negativas do indivíduo em relação a si mesmo e à sua vida, aprimorar comportamentos de enfrentamento mais adaptativos e, conseqüentemente, auxiliar o sujeito na construção de uma vida em que o suicídio já não seja percebido como necessário e/ou como opção de solução para seus problemas.

Outrossim, além de mais pesquisas no âmbito clínico, referentes à atualização das técnicas utilizadas na TCC no manejo de quadros suicidas, fazem-se necessários, também, mais estudos a respeito de hábitos de vida que atuem como fatores protetores do comportamento suicida, além de possíveis estratégias que possam ser ensinadas à família,

amigos e outros membros da rede de apoio do indivíduo em ideação suicida, para que sua fonte de suporte seja fortalecida e, assim, o suicídio possa ser devidamente prevenido.

REFERÊNCIAS

- ABREU, ABREU, Paulo Roberto; ABREU, Juliana Helena dos Santos Silvério. **Ativação comportamental na depressão**. Barueri: Manole, 2020.
- ABREU, Paulo Roberto; ABREU, Juliana Helena dos Santos Silvério. Ativação comportamental: Apresentando um protocolo integrador no tratamento da depressão. **Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva**, v. 19, n. 3, p. 238-259, 2017.
- AGOSTINHO, Tayla Fernandes; DONADON, Mariana Fortunata; BULLAMAH, Sabrina Kerr. Terapia cognitivo-comportamental e depressão: intervenções no ciclo de manutenção. **Revista Brasileira de Terapias Cognitivas**, v. 15, n. 1, p. 59-65, 2019.
- ALMEIDA, Diogo; MARINHO, Guadalupe. Terapia cognitivo-comportamental transdiagnóstica: uma revisão da literatura. **Psic., Saúde & Doenças**, Lisboa, v. 22, n. 3, p. 979-990, dez. 2021. Disponível em <http://scielo.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S164500862021000300979&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 16 out. 2023.
- ALVES, Katarime Itanóia; BONVICINI, Constance Resende. O papel da ativação comportamental no manejo dos sintomas depressivos. **Research, Society And Development**, [S.L.], v. 11, n. 1, p. 1-9, 2022. Research, Society and Development.
- ANDRADE, Gabriela Pereira de. Transtorno depressivo maior e ideação suicida em adultos: as contribuições da terapia cognitivo comportamental no manejo do tratamento. 2022.
- ARAÚJO, Cristiane Figueiredo; SHINOHARA, Helene. Avaliação e diagnóstico em terapia cognitivo-comportamental. **Interação em psicologia**, v. 6, n. 1, 2002.
- ARRIGONI, Alessandra Cristina Braçale et al. A Reestruturação Cognitiva como Intervenção na Redução das Interpretações Catastróficas no Transtorno de Ansiedade Generalizada. **Revista Eixo**, v. 10, n. 1, p. 13-22, 2021.
- ARROIO, Elaine Giordano; ALARCON, Renata Trigueirinho. **Arroio Transtornos de Ansiedade: uma visão neurobiológica e uso da terapia cognitivo-comportamental para a reestruturação cognitiva e remissão dos sintomas**. 2016. 30 f. Monografia (Especialização) - Curso de Psicologia, Centro de Estudos em Terapia Cognitivo-Comportamental, São Paulo, 2016. Disponível em: <<https://repositorio.unifaema.edu.br/bitstream/123456789/2685/1/Elaine%20Giordano.pdf>> Acesso em: 30 mar. 2023.
- Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP). **Debates psiquiatria hoje**. Ano 2. Nº1. Jan/Fev de 2010.
- ASSUMPÇÃO, Gláucia Lopes Silva; OLIVEIRA, Luciele Aparecida; DE SOUZA, Mayra Fernanda Silva. Depressão e suicídio: uma correlação. **Pretextos-Revista da Graduação em Psicologia da PUC Minas**, v. 3, n. 5, p. 312-333, 2018.
- BAHLS, Saint Clair; NAVOLAR, Ariana Basseti Borba. Terapia cognitivo-comportamentais: conceitos e pressupostos teóricos. **Rev Eletrônica Psicol**, v. 4, 2004.
- BARBOSA, Arianne de Sá; TERROSO, Lauren Bulcão; ARGIMON, Irani Iracema de Lima. Epistemologia da terapia cognitivo-comportamental: casamento, amizade ou separação entre as teorias?. **Boletim-Academia Paulista de Psicologia**., São Paulo, v.34, n. 86, p. 63-79, 2014. Disponível em

<http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415711X2014000100006&lng=pt&nrm=iso>. acessos em: 30 mar. 2023.

BARBOSA, João Ilo Coelho; BORBA, Aécio. O surgimento das terapias cognitivocomportamentais e suas consequências para o desenvolvimento de uma abordagem clínica analítico-comportamental dos eventos privados. **Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva**, v. 12, n. 1/2, p. 60-79, 2010.

BECK, A. T. et al. Terapia cognitiva da depressão (S. Costa, Trad).. Porto Alegre: Artmed, 1997. BECK, Aaron T. O passado e o futuro da terapia cognitiva. **O Jornal de prática e pesquisa em psicoterapia**, v. 4, p. 276, 1997.

BECK, Judith S. Conceituação Cognitiva. **Terapia Cognitivo-Comportamental**. Porto Alegre: Artmed Editora, 2014.

BECK, Judith S. Introdução à Terapia Cognitivo-Comportamental. **Terapia Cognitivo-Comportamental**. Porto Alegre: Artmed Editora, 2014.

BECK, Judith S. **Terapia cognitiva para desafios clínicos: o que fazer quando o básico não funciona**. Porto Alegre: Artmed Editora, 2007.

BECK, Judith S. **Terapia cognitivo-comportamental: teoria e prática**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2021.

BECK, Judith S. **Terapia cognitivo-comportamental**. Artmed Editora, 2013.

BERNECKER, Samantha L. et al. Avaliação econômica da terapia cognitivo-comportamental breve versus tratamento usual para soldados suicidas do Exército dos EUA. **Psiquiatria JAMA**, v. 3, pág. 256-264, 2020.

BOTEGA, N. J. **Crise suicida: avaliação e manejo**. Artmed. 2015.

CAETANO, Aline Mayara Hernandez. Terapia cognitivo-comportamental e a intervenção em adolescentes com ideação ou tentativa de suicídio. **Portal dos Psicólogos**, 2018.

CAMACHO, Virginia Moreira; DE OLIVEIRA, Daiane Rocha; DA SILVA PIASON, Aline. O processo de construção da conceitualização cognitiva de paciente adulto: relato de experiência. **Anais da Mostra de Iniciação Científica do Cesua**, n. 14, p. 605-605, 2020.

CAVALCANTE, Fátima Gonçalves; MINAYO, Maria Cecília de Souza. Autópsias psicológicas e psicossociais de idosos que morreram por suicídio no Brasil. **Ciência & saúde coletiva**, v. 17, p. 1943-1954, 2012.

CLAUMANN, Gaia Salvador et al. Prevalência de pensamentos e comportamentos suicidas e associação com a insatisfação corporal em adolescentes. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 67, p. 3-9, 2018.

CONCEIÇÃO, Jaqueline; BUENO, Gabriela. **101 Técnicas da terapia cognitivo-comportamental**. Mafra, SC: UnC, 2020.

CONWELL, Yeates; THOMPSON, Caitlin. Comportamento suicida em idosos. **Clínicas Psiquiátricas da América do Norte**, [S.L.], v. 31, n. 2, p. 333-356, jun. 2008. Elsevier BV.

CORDIOLI, Aristides Volpato; KNAPP, Paulo. A terapia cognitivo-comportamental no tratamento dos transtornos mentais. **Brazilian Journal of Psychiatry**, v. 30, p. s51-s53, 2008.

COTTRAUX, Jean; MATOS, Margarida Gaspar de. Modelo europeu de formação e supervisão em Terapias Cognitivo-Comportamentais (TCCs) para profissionais de saúde mental. **Revista Brasileira de Terapias Cognitivas**, v. 3, n. 1, p. 49-61, 2007.

DA SILVA, Karina Antunes; RÜCKERT, Monique Lauermann Tassinari. Intervenções psicológicas no tratamento de pacientes com comportamento suicida na Terapia Cognitivo Comportamental. **Revista Brasileira de Psicoterapia**, v. 22, n. 2, 2020.

DAVID, Daniel; COTET, Carmen; MATU, Silviu; MOGOASE, Cristina; STEFAN, Simona. 50 years of rational-emotive and cognitive-behavioral therapy: A systematic review and meta-analysis. **Journal of clinical psychology**, [S.L.], v. 74, n. 3, p. 304-318, 12 set. 2017. Wiley.

DE ABREU, Tainã Brito; MARTINS, Maria das Graças Teles. A presença de ideação suicida em adolescentes e terapia cognitivo-comportamental na intervenção: um estudo de campo. **Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação**, v. 8, n. 5, p. 1341-1362, 2022.

DE ALMEIDA, Karine Souza. **Relação terapêutica em clientes com demandas suicidas: intervenções e desafios**. 2018.

DE AZEVEDO, Mariana Ladeira et al. Terapias comportamentais e cognitivas: ondas do mesmo mar ou praias diferentes?. **Revista Psicologia em Pesquisa**, v. 16, n. 2, p. 1-23, 2022.

DE OLIVEIRA, Natália Domingos; FERREIRA, Ítalo Souza. Terapia cognitivo comportamental e suicídio: revisão integrativa. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 4, p. e26311427403-e26311427403, 2022.

DELLA MÉA, Cristina Pilla et al. Esquemas iniciais desadaptativos em pacientes internados por tentativa de suicídio. **Revista Brasileira de Terapias Cognitivas**, v. 11, n. 1, p. 3-9, 2015.

DO AMARAL FILHO, Eduardo Ferreira et al. Crenças Disfuncionais e Manifestação da Depressão: Contribuições da Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC). **Revista Transformar**, v. 16, n. 1, p. 147-163, 2022.

DOS SANTOS SALES, Tânia Maria et al. Perfil comportamental dos casos suicidas. **Pesquisa, Sociedade e Desenvolvimento**, v. 9, n. 6, pág. e66963447-e66963447, 2020

DOS SANTOS, Camila Elidia Messias. **A relevância da técnica de questionamento socrático na prática Cognitivo-Comportamental**. Archives of health investigation, v. 6, n. 5, 2017.

DURKHEIM, Emile. **O Suicídio: Estudo de Sociologia**. São Paulo: Editora Martins Fontes, 2000.

ENRIGHT, S. J. Fortnightly review: cognitive behaviour therapy clinical applications. **Bmj**, [S.L.], v. 314, n. 7097, p. 1811-1811, 21 jun. 1997.

FELICIANO, Marinalva Fernandes Costa; MORETTI, Lucia Helena Tiosso. Depressão, suicídio e neuropsicologia: psicoterapia cognitivo comportamental como modalidade de reabilitação. **Portal dos psicólogos**, 2015.

FERNANDES, Pedro Miguel Junot Machado. **A Relação entre Pensamentos Automáticos, (Des) ajustamento psicológico e (in) satisfação com a vida na Adolescência**. 2012. Tese de Doutorado.

FERREIRA, Walison José. Regulação emocional em terapia cognitivo comportamental. **Pretextos-Revista da Graduação em Psicologia da Puc Minas**, v. 5, n. 9, p. 618-630, 2020.

FORMIGA, Mariana Bandeira et al. A conceitualização cognitiva no Transtorno Obsessivo Compulsivo: relato de caso. **Revista Brasileira de Terapias Cognitivas**, v. 8, n. 1, p. 61-66, 2012.

FROESELER, Mariana Verdolin Guilherme; SANTOS, Janaína Aparecida Mendonça;

GATTI, Priscila Vargas; MENDES, Ana Irene Fonseca. As contribuições da terapia cognitivo-comportamental para a prevenção do suicídio em pacientes com depressão: revisão narrativa. **Revista Brasileira de Terapias Cognitivas**, v. 16, n. 1, p. 83-91, 2020.

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.

HOFMANN, Stefan G. **Introdução à terapia cognitivo-comportamental contemporânea**. Porto Alegre: Artmed Editora, 2014.

KNAPP, Paulo; BECK, Aaron T. Fundamentos, modelos conceituais, aplicações e pesquisa da terapia cognitiva. **Brazilian Journal of Psychiatry**, v. 30, p. s54-s64, 2008.

KUYKEN, Willem; PADESKY, Christine A.; DUDLEY, Robert. **Conceitualização de casos colaborativa: O trabalho em equipe com pacientes em terapia cognitivo-comportamental**. Porto Alegre: Artmed Editora, 2009.

LEAHY, Robert L.; TIRCH, Dennis; NAPOLITANO, Lisa A. **Regulação emocional em psicoterapia: um guia para o terapeuta cognitivo-comportamental**. Porto Alegre: Artmed Editora, 2013.

LEAL, Kathigiane B. Brito; QUADROS, Silvana A.; REIS, Marcia EA. A Terapia Cognitivo-Comportamental e o Treino de Habilidades Sociais no tratamento da fobia social. **Portal dos Psicólogos**, 2011.

LINEHAN, Marsha M. **Treinamento de habilidades em DBT: manual de terapia comportamental dialética para o terapeuta**. Artmed Editora, 2018.

MARBACK, Roberta Ferrari; PELISOLI, Cátula. Terapia cognitivo-comportamental no manejo da desesperança e pensamentos suicidas. **Revista Brasileira de Terapias Cognitivas**, v. 10, n. 2, p. 122-129, 2014.

MARTINS, Maria das Graças Teles; SOUSA, Kamila Kleanny Silva. Suicídio na Adolescência: contribuições da terapia cognitivo-comportamental na prevenção. **Desenvolvimento da Criança e do Adolescente: Evidências Científicas e Considerações Teóricas-Práticas**, [S.L.], p. 791-804, 2020.

MATEUS, Mário Dinis. **Políticas de saúde mental: baseado no curso Políticas públicas de saúde mental, do CAPS Professor Luiz da Rocha Cerqueira**. São Paulo: Instituto de Saúde, 2013. p. 399.

MELO, Maria Luísa Oliveira Ferreira et al. IDEACÃO SUICIDA EM PESSOAS IDOSAS: CONTRIBUIÇÕES DA TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL. **PSICOLOGIA: DESAFIOS, PERSPECTIVAS E POSSIBILIDADES-VOLUME 1**, v. 1, n. 1, p. 154-161, 2020.

MINGHETTI, Lenir Rodrigues; KANAN, Lilia Aparecida. Estudo epidemiológico de morte por suicídio em Santa Catarina entre os anos de 1996 a 2010. **Visão Global, Joaçaba**, v. 14, n. 2, p. 329-360, 2011.

Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico. Suicídio. **Saber, agir e prevenir**. v. 48, n. 30-2017.

MORETTI, Sarah De Andrade; DE LOURDES GUEDES-NETA, Maria. Fundamentos Filosóficos, Metodológicos e Princípios da Terapia Cognitivo-Comportamental. **Revista Enfermagem e Saúde Coletiva (REVESC)**, v. 6, n. 2, p. 56-72, 2021.

NEUFELD, Carmem Beatriz; XAVIER, Gabriela Salim; STOCKMANN, Juliane Denise. Ensino de terapia cognitivo-comportamental em cursos de graduação em psicologia: Um levantamento nos Estados do Paraná e de São Paulo. **Revista Brasileira de Terapias Cognitivas**, v. 6, n. 1, p. 42-61, 2010.

OLIVEIRA, Clarissa Tochetto de; DIAS, Ana Cristina Garcia; PICCOLOTO, Neri Maurício. Contribuições da terapia cognitivo-comportamental para as dificuldades de adaptação acadêmica. **Rev. bras.ter. cogn.**, Rio de Janeiro , v. 9, n. 1, p. 10-18, jun. 2013 . Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S180856872013000100003&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 30 mar. 2023.

OSMO, Flavio. **Inventário de crenças centrais negativas: propriedades psicométricas**. 2017.

PEREIRA, Camila Dos Reis. **Associações Entre Ideação Suicida E Habilidades Sociais Em Adolescentes: Uma Revisão De Literatura**. 2021.

PEREIRA, Elisabeth Candida. **Suicídio: Intervenções da Terapia Cognitivo Comportamental atuando na prevenção**. 2021.

PIVETTA, Célia de F. Pravatta. EMMANUEL NOVAES LIPP, M, FABBRO SPADARI, G (Orgs), **TERAPIA RACIONAL-EMOTIVA COMPORTAMENTAL na teoria e na prática**, Novo Hamburgo, Sinopsys Editora, 2019. **Bol. Acad. Paul. Psicol.** São Paulo, v. 39, n. 96, p. 141, jun. 2019. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415711X2019000100014&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 21 mar. 2023.

POISK, Camilla Casotti; RAMOS, Djonathan Felipe; AMARAL, Edina. **PRESSUPOSTOS BÁSICOS DA TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL NA PRÁTICA CLÍNICA. Psicologia Contemporânea: práticas e abordagens clínicas em pesquisa**, v. X. Editoria Científica Digital, 2023.

POMPILI, Maurizio et al. Relationship of non-suicidal self-injury and suicide attempt: a psychopathological perspective. **J Psychopathol**, v. 21, n. 4, p. 348-353, 2015.

POWELL, Vania Bitencourt et al. Terapia cognitivo-comportamental da depressão. **Brazilian Journal of Psychiatry**, v. 30, p. s73-s80, 2008.

REIS, Ana Isabel Oliveira dos. **Perfeccionismo e regulação emocional no estudo da ideação suicida**. 2021. Tese de Doutorado.

RIZZUTI, Micael Santana; SIQUARA, Gustavo Marcelino; ABREU, Neander Silva. Uso da terapia cognitiva baseada em mindfulness na prevenção de recaída para pacientes com

depressão: Revisão Sistemática. **Revista Psicologia, Diversidade e Saúde**, v. 6, n. 1, p. 27-36, 2017.

SALES, Tania Maria dos Santos; MAIA, Juliana Barbosa Dias; FIGUEIRÊDO, Luciano Silva; OLIVEIRA, Mariluska Macedo Lobo de Deus; ARAGÃO, Janaína Alvarenga; HOLANDA, Jeisy dos Santos. Perfil comportamental dos casos suicida. **Research, Society And Development**, [S.L.], v. 9, n. 6, p. 1, 12 abr. 2020.

SANTOS, Curt Hemanny Menezes. Avaliação do uso do registro de pensamentos baseado no “processo” na reestruturação de crenças nucleares. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal da Bahia. Instituto de Ciências da Saúde. Salvador, 2014.

SANTOS, CURT HEMANNY MENEZES. **Eficácia da terapia cognitiva processual e da ativação comportamental no tratamento do transtorno depressivo maior: um ensaio clínico randomizado**. 2017. Tese de Doutorado em Processos Interativos dos Órgãos e Sistemas, do Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Bahia. Salvador, 2013.

SANTOS, Isabel Maria Oliveira. **Pensamentos automáticos, esperança e satisfação com a vida na adolescência**. 2015. Tese de Doutorado.

SOARES, Giovana Bacilieri; CAPONI, Sandra. Depressão em pauta: um estudo sobre o discurso da mídia no processo de medicalização da vida. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 15, p. 437-446, 2011.

SOUZA, Isabel Cristina Weiss de; CÂNDIDO, Carolina Ferreira Guarnieri. Diagnóstico psicológico e terapia cognitiva: considerações atuais. **Revista brasileira de terapias cognitivas**, v. 5, n. 2, p. 82-93, 2009.

SOUZA, Vivian Carneiro Gonçalves; GARCIA, Ana Cristina Bechara Barros Fróes. Terapia cognitivo-comportamental: tratamento da anorexia nervosa em mulheres jovens. **Boletim-Academia Paulista de Psicologia**, v. 41, n. 101, p. 185-192, 2021.

TENG, Chei T.; PAMPANELLI, Mariana Bonini. O Suicídio no contexto psiquiátrico. **Revista Brasileira de Psicologia**, v. 2, n. 1, p. 41-51, 2015.

TEODORO, Maycoln Leôni Martins. **Instrumentos para avaliação de pensamentos automáticos: uma revisão narrativa**. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, v. 9, n. 1, p. 42-50, 2013.

TEODORO, Maycoln Leôni Martins. Instrumentos para avaliação de pensamentos automáticos: uma revisão narrativa. **Revista Brasileira de Terapias Cognitivas**, v. 9, n. 1, p. 42-50, 2013.

TOURINHO, Emmanuel Zagury; TEIXEIRA, Eveny da Rocha; MACIEL, Josiane Miranda. Fronteiras entre análise do comportamento e fisiologia: Skinner e a temática dos eventos privados. **Psicologia: reflexão e crítica**, v. 13, p. 425-434, 2000.

TURCATO, Vitoria; DOS SANTOS CALISTRO, Sarah Renata; HNEDA, Michelly. Fundamentos básicos sobre a terapia cognitivo comportamental. **Anais da Jornada Científica dos Campos Gerais**, v. 19, n. 1, 2021.

TURECKI, Gustavo; BRENT, David A. Suicide and suicidal behaviour. **The Lancet**, v. 387, n. 10024, p. 1227-1239, 2016.

VANDENBERGHE, Luc. Terapia comportamental construtiva: uma outra face da clínica comportamental. **Psicologia USP**, v. 18, p. 89-102, 2007.

VIDAL, Carlos Eduardo Leal; GONTIJO, Eliane Costa Dias Macedo; LIMA, Lúcia Abelha. Tentativas de suicídio: fatores prognósticos e estimativas do excesso de mortalidade. **Cadernos de saúde pública**, v. 29, p. 175-187, 2013.

WEISHAAR, M. E. Fatores cognitivos de risco para o suicídio. **P. Salkovskis, Fronteiras da terapia cognitiva**, p. 201-219, 2004.

WENZEL, Amy; BROWN, G. K.; BECK, A. T. Terapia cognitivo-comportamental para pacientes suicidas. **Porto Alegre: Artmed**, v. 191, 2010.

WERLANG, Blanca Susana Guevara; BORGES, Vivian Roxo; FENSTERSEIFER, Liza. Fatores de risco ou proteção para a presença de ideação suicida na adolescência. **Revista Interamericana de Psicología/Interamerican Journal of Psychology**, v. 39, n. 2, p. 259-266, 2005.

WRIGHT, Jesse H. et al. **Terapia cognitivo-comportamental de alto rendimento para sessões breves: guia ilustrado**. Artmed Editora, 2012.

WRIGHT, Jesse H.; BASCO, Monica R.; THASE, Michael E. Princípios básicos da terapia cognitivo-comportamental. **Aprendendo a terapia cognitivo-comportamental: Um guia ilustrado**, p. 15-32, 2008.

YAMAGAMI, T. Psychotherapy, today and tomorrow: status quo of behavior and cognitive therapy and its efficacy. **Psychiatry and clinical neurosciences**, v. 52, n. S236–S237, 1998.