

O MANEJO DO COMPORTAMENTO SUICIDA NA ADOLESCÊNCIA A PARTIR DA TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL: REVISÃO NARRATIVA¹

Renata de Oliveira Motta Lopes²

Auxiliatrice Caneschi Badaró³

RESUMO:

Todos os anos aproximadamente 800.000 pessoas cometem suicídio no mundo. Nas américas este dado é ainda mais alarmante quando se refere aos jovens, sendo a terceira causa de óbitos de adolescentes. Dentre todo o desenvolvimento humano a adolescência se destaca por ser um período complexo, momento de descobertas e de elaboração de várias escolhas, como as de carreira, de identidade e projetos de vida (pessoais e sociais). O objetivo deste artigo foi apresentar o manejo do comportamento suicida na adolescência e suas intervenções a partir da Terapia Cognitivo-Comportamental. Com base em uma pesquisa exploratória bibliográfica de revisão narrativa foram retratados: a epidemiologia do suicídio e a suas devidas nomenclaturas, o comportamento suicida na adolescência e a Terapia Cognitivo-Comportamental no comportamento suicida em geral e na adolescência. Foram apresentados protocolos para o manejo clínico do comportamento suicida na adolescência e técnicas da Terapia Cognitivo-Comportamental apontadas como eficazes no tratamento e prevenção do comportamento suicida na adolescência.

Palavras-chave: Adolescência. Comportamento suicida. Protocolo. Terapia Cognitivo-Comportamental. Técnicas.

THE MANAGEMENT OF SUICIDAL BEHAVIOR IN ADOLESCENCE FROM COGNITIVE-BEHAVIORAL THERAPY: A NARRATIVE REVIEW

ABSTRACT:

Every year approximately 800,000 people commit suicide worldwide. As for the Americas, this data is even more alarming when it comes to young people, being the third leading cause of death among adolescents. Among all human development adolescence stands out for being a complex period, a time of discoveries and the elaboration of various choices, such as career, identity, and life projects (personal and social). The objective of this article was to present the management of suicidal behavior in adolescence and its interventions based on Cognitive-Behavioral Therapy. Based on exploratory bibliographic research of narrative review the following were portrayed:

¹ Artigo de trabalho de conclusão de curso de Graduação em Psicologia do Centro de Universitário Academia, na Linha de Pesquisa Práticas Clínicas. Recebido em 09/10/2022 e aprovado, após reformulações, em 09/11/2022.

² Discente do curso de Psicologia do Centro Universitário Academia (UNIACADEMIA). E-mail: remottaa@gmail.com

³ Mestre em Psicologia pela Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF) e docente do Centro Universitário Academia (UNIACADEMIA). E-mail: auxiliatricebadaro@uniacademia.edu.br

the epidemiology of suicide and its proper nomenclatures, suicidal behavior in adolescence, Cognitive-Behavioral Therapy in suicidal behavior in general and in adolescence. Protocols for the clinical management of suicidal behavior in adolescence and Cognitive-Behavioral Therapy techniques identified as effective in the treatment and prevention of suicidal behavior in adolescence were presented.

Keywords: Adolescence. Suicidal behavior. Protocol. Cognitive behavioral therapy. techniques.

1 INTRODUÇÃO

O suicídio é um fenômeno complexo que ocorre em termos globais com efeitos individuais e coletivos, afetando pessoas de diversas origens, idades, gêneros, classes sociais e culturas. De etiologia multicausal que vão desde fatores culturais, sociológicos, políticos, econômicos, psicopatológicos, psicológicos e até biológicos. Em grande parte, os indivíduos que cometem suicídio ou tentam sem êxito possuem alguma doença mental, sendo a depressão a mais comum. Apesar da dificuldade de determinar suas origens, o suicídio é evitável através de campanhas de conscientização, do amparo socioemocional, de intervenções de diagnósticos individuais e coletivos, da prevenção e tratamento de transtornos mentais, entre outros. Compreender e pesquisar o suicídio é fundamental para o desenvolvimento de políticas públicas de enfrentamento efetivo e prevenção adequada do problema (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2021).

Botega (2015) assinala que os adolescentes por não possuírem absoluta maturidade emocional são mais inclinados a impulsividade e ao imediatismo, por isso, deparam com maiores obstáculos ao enfrentar situações de estresse agudo que propiciam humilhação ou vergonha, perda de ente querido, rejeição dos pares, e insucesso escolar. Esses eventos podem agir como gatilhos para atos suicidas, pois na adolescência pensamentos suicidas são constantes e em grande parte são passageiros, mas tornam-se motivo de atenção quando são intensos e prolongados, elevando o risco de comportamento suicida. A Organização Mundial da Saúde (2006) aponta que entre crianças e adolescentes, os comportamentos suicidas em sua grande maioria, envolvem circunstâncias complexas como problemas emocionais, comportamentais e sociais que englobam humor rebaixado e abuso de drogas, que

ainda incluem término de relações amorosas, inabilidade para desenvolver trabalhos acadêmicos e questões relacionadas a conflitos de identidade sexual.

As bases da Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) provêm da relação que ocorre entre pensamentos, emoções e comportamentos. Assim, a forma de interpretar uma situação da vida por um indivíduo tem correlação direta com as suas crenças. Durante a primeira infância, compreendendo as idades de 0 a 6 anos, são formadas as crenças centrais, que são percepções ou ideias inflexíveis e persistentes, assumidas como sendo totalmente verdadeiras sobre si mesmo, sobre o outro ou o mundo e o futuro. As crenças centrais contribuem para o desenvolvimento de uma outra classe, as crenças intermediárias, que se apresentam como atitudes, pressupostos e regras, bem como os pensamentos automáticos em um nível mais raso e superficial, independentemente da vontade (BECK, 2013).

Os autores Wenzel, Brown e Beck (2010) evidenciam que a TCC tem como um de seus principais pressupostos a interpretação concebida pelos indivíduos a situações vividas, a qual exerce uma função primordial sendo capazes de modificar seu humor, suas percepções e emoções, assim como, direcionar seus comportamentos. A TCC para pacientes suicidas absorve as bases da teoria cognitiva, particularmente no que se refere aos atos suicida, objetivando os estudos empíricos com resultados relevantes para a identificação de estados cognitivos interligados aos comportamentos suicidas e subsequentes tratamentos.

As estratégias da TCC relacionadas ao suicídio visam à identificação e modificação das cognições, uma vez que os processos cognitivos e suas consequências comportamentais têm um papel importante na prevenção desse fenômeno. Assim, a promoção de tais métodos tornam-se o principal alvo das intervenções terapêuticas (MARTINS; SOUSA, 2020).

O objetivo proposto neste artigo foi apresentar o manejo do comportamento suicida na adolescência e suas intervenções a partir da TCC para o tratamento de jovens em crise suicida com presença de ideação suicida e ou tentativa de suicídio. Nesse cenário, é perceptível a relevância da temática retratada acima e a aplicabilidade da TCC no contexto clínico.

2 EPIDEMIOLOGIA DO SUICÍDIO

Todos os anos aproximadamente 800.000 pessoas cometem suicídio e muitas outras tentam tirar a própria vida. A cada 40 segundos há um suicídio no mundo e a cada 3 segundos há uma tentativa de suicídio. Todo suicídio é uma tragédia que afeta famílias inteiras, comunidades e nações, resultando em um impacto duradouro naqueles que aqui permanecem (OPAS, 2021).

De acordo com estimativas da Organização Mundial da Saúde (2021) e compiladas no relatório *Suicide worldwide in 2019* (Suicídio no mundo em 2019), constatou-se que o suicídio é uma das principais causas de óbitos em todo o mundo. Traçando um paralelo, o número de pessoas que morrem por suicídio é superior aos de mortes por HIV, malária, homicídio e câncer de mama. Com relação ao gênero das vítimas, o relatório destacou que homens tem o dobro de mortes que as mulheres, sendo 12,6 homens e 5,4 mulheres vítimas de suicídio a cada 100 mil mortes. Entre os jovens de 15 e 29 anos, o suicídio foi a quarta causa de morte no mundo, ficando atrás apenas de óbitos por acidentes de trânsito, tuberculose e violência interpessoal.

Entre os anos de 2000 e 2019 ocorreram os maiores decréscimos nas taxas de suicídio no mundo com diminuição de 36 % na taxa global. A região do Mediterrâneo Oriental obteve uma redução de 17%, a Região Europeia 47% e no Pacífico Ocidental 49%. Mas principalmente, o que se destacou nestes últimos 20 anos, foi o aumento das taxas em 17% na Região das Américas (OMS, 2021).

Segundo a Organização Pan-americana da Saúde (2021), este índice nas américas é ainda mais alarmante quando se refere aos jovens, sendo a terceira causa de óbitos de adolescentes. Morrem a cada ano por suicídio 12.000 (7%) jovens de 15 a 24 anos, antecidos apenas por homicídios (24%) e das mortes causadas por acidentes de trânsito (20%). Em termos globais, entre os métodos mais comuns estão a ingestão de pesticidas, enforcamento e armas de fogo. O sexo masculino comete mais suicídios, 3 a cada 4 são homens, porém o sexo feminino tenta com maior frequência.

Conforme levantamento do Ministério da Saúde (2021), o Brasil está em oitavo lugar dentre os países com maior número de suicídios, apenas atrás da Índia, China, Estados Unidos, Rússia, Japão, Coreia do Sul e Paquistão. A cada 45 minutos há um suicídio no Brasil, ou seja, 32 pessoas se suicidam por dia no país.

Quando se refere ao ambiente de ocorrência do suicídio no Brasil, o local com a maior predominância é a própria casa (51%), seguida por suicídios em hospitais (26%). Os principais meios utilizados são: o enforcamento (47%), as armas de fogo (19%) e o envenenamento (14%). Prepondera entre os homens o enforcamento (58%), o uso de arma de fogo (17%) e o envenenamento por pesticidas (5%). Já as mulheres o enforcamento desponta em primeiro lugar com (49%), seguida pela inalação por fumaça/fogo (9%), as armas de fogo (6%), a precipitação de altura (6%) e o envenenamento por pesticidas (5%) (BOTEGA, 2015).

Na Federação Brasileira, entre os anos de 2010 e 2019, verificaram 112.230 mortes por suicídio com um acréscimo de 43% no número de óbitos ao ano, de 9.454 em 2010 para 13.523 em 2019, este intervalo revelou o crescimento do risco de morte por suicídio em todo o território brasileiro. Entre os territórios do país sobressaem-se as Regiões Sul e Centro-Oeste, com as taxas mais elevadas de suicídio. Um aspecto que se destaca é o aumento acentuado na mortalidade de adolescentes com uma adição de 81% nesse período, havendo uma alteração de 606 óbitos e um índice de 3,5 suicídios por 100 mil habitantes, para 1.022 óbitos e um índice de 6,4 mortes a cada 100 mil adolescentes. Entre os jovens abaixo de 14 anos, no espaço de 2010 a 2013, ocorreu um aumento de 113% nos índices de mortes por suicídio, convertendo de 104 óbitos e um índice de 0,3 por 100 mil, para 191 óbitos e um índice de 0,7 por 100 mil habitantes. As Regiões Sul, Norte e Centro Oeste revelaram os índices mais elevados de mortalidade de adolescentes de 15 a 19 anos, com destaque para os estados da Região Sul do País (Rio Grande do Sul 11,8 e Santa Catarina 11,0 por 100 mil habitantes), apresentando taxas superiores as médias nacionais de suicídio de 6,6% por 100 mil habitantes. Entre os 26 estados da federação e o Distrito Federal, encontra-se classificado em 11º lugar em números de suicídio no país, Minas Gerais, com taxas de mortalidade de 8,2% por 100 mil habitantes (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2021).

No âmbito nacional, em um estudo transversal realizado no estado do Rio Grande do Sul obteve-se a prevalência de 6,3% de crianças em idade escolar de 12 a 18 anos com planejamento suicida. As meninas têm maior tendência do que os meninos a projetar o suicídio. De igual característica, jovens que descreveram problemas no relacionamento com os pais, poucos amigos, relacionamentos

agressivos com amigos, sensação de tristeza e solidão também apresentaram um risco elevado de comportamento suicida (AERTS; BAGGIO; PALAZZO, 2009).

Para cada suicídio tem-se a estimativa de haver no mínimo dez tentativas consideravelmente graves, de modo a requerer atenção médica, além disso, para cada tentativa de suicídio registrada quatro são desconhecidas. As mortes por autoextermínio refletem apenas uma parte restrita do impacto social do comportamento suicida, estendendo-se na vida das pessoas próximas às vítimas de suicídio (BOTEGA, 2015). De acordo com Wenzel, Brown e Beck (2010), o suicídio é visto como um grave problema de saúde pública. A Organização Mundial da Saúde (2021) corrobora a preocupação de que estas mortes por suicídio são de responsabilidade da saúde coletiva e pública e acentuam que estes óbitos com intervenções oportunas podem ser evitados através de estratégias multissetoriais para prevenção do suicídio.

3 COMPORTAMENTO SUICIDA

Toda e qualquer ação de uma pessoa que cause dano a si mesma por maior ou menor letalidade que seja, é classificada comportamento suicida. O comportamento suicida se enquadra distintamente em três categorias: ideação suicida, tentativa de suicídio e suicídio consumado. Considerando a ideação suicida em um polo oposto ao suicídio consumado, a tentativa de suicídio se encontra entre os dois. No comportamento suicida há, sobretudo, a necessidade de avaliar a extensão da intenção do sujeito de levá-lo a tentativa de suicídio e a ideação suicida. Em algumas situações, a identificação dos desejos de vida e morte torna-se difícil e a ambivalência emocional é comum (WENZEL; BROWN; BECK, 2010).

Com base na distinção dos termos e a sua compreensão, é possível determinar o método mais pontual e preciso de trabalhar com o indivíduo para a prevenção, assim como, identificar e classificar a severidade do momento, aumentando as chances de êxito no tratamento (CHAVES; ROSKOSZ; SOCZEK, 2016). Dispõe-se abaixo para maior entendimento um quadro elucidando as definições dos termos utilizados de acordo com Wenzel, Brown e Beck (2010):

Quadro 1 – Termos e definições do comportamento suicida

Termo	Definição
Suicídio	Morte causada por comportamento danoso autoinfligido com qualquer intenção de morrer como resultado desse comportamento.
Tentativa de suicídio	Comportamento não fatal, autoinfligido, potencialmente danoso, com qualquer intenção de morrer como seu resultado. Uma tentativa de suicídio pode resultar ou não em um ferimento.
Ato suicida	Comportamento autoinfligido, potencialmente danoso, com qualquer intenção de morrer como seu resultado. Um ato suicida por resultar ou não em morte (suicídio).
Ideação suicida	Quaisquer pensamentos, imagens, crenças, vozes ou outras cognições relatadas pelo indivíduo sobre terminar intencionalmente com sua própria vida

Fonte: Wenzel, Brown e Beck (2010, p. 21)

Atualmente, para a exploração do comportamento suicida, ainda se encontram diversas limitações, o que pode ser notado nas discrepâncias dos registros, principalmente nas tentativas de suicídio e ideação, denunciando o preconceito na busca por serviços de saúde nestas condições. São alarmantes os dados ao considerar que entre 15% e 25% das pessoas que tentaram suicídio e não obtiveram sucesso tentará se matar no próximo ano e nos próximos dez anos 10% o perpetuará (BOTEGA, 2015).

Ao conceituar a ideação suicida, deve-se pensar em termos de graduações sutis, podendo caminhar de pensamentos passageiros sobre a vida não merecer ser vivida ou mesmo com intensas preocupações sobre o motivo de continuar vivo ou morrer. Entre os jovens, a ideação suicida se apresenta mais frequente. Uma pesquisa com 1.560 jovens realizada na cidade de Pelotas (RS), evidenciou que 8,6% estavam em risco de suicídio. Averiguou-se que, no decorrer da vida, 17% dos adolescentes haviam pensado com seriedade em suicídio, 5% elaborado um plano suicida e 3% efetivamente tentado suicídio. Estes riscos possuem associação com suas próprias histórias de vida, que envolvem condutas impulsivas e muitas vezes agressivas. O comportamento suicida tem seu percurso ladeado com diversas outras condutas de risco à saúde (BOTEGA, 2015). Avaliando a ideação suicida como acentuado fator de vulnerabilidade ao suicídio, Pereira e Sougey (2021) apontam em estudos realizados anteriormente sobre a relação entre a vulnerabilidade cognitiva e os pensamentos associados ao suicídio, sendo indispensável não apenas a importância de conhecer

as bases etiológicas desses fenômenos, mas sobretudo, deve-se visar alcançar dimensões profiláticas na redução dos elevados índices de suicídio.

No campo do comportamento suicida, o suicídio é apenas a parte que emerge do iceberg. Estima-se que haja pelo menos dez vezes mais tentativas de suicídio do que mortes. No entanto, não há registros nacionais de tentativas de suicídio em nenhum país. O método utilizado nas tentativas de suicídio é composto por fatores como o acesso aos meios letais, preferências pessoais e culturais e a intenção por trás do comportamento autolesivo. Em mulheres foram mais comuns métodos não violentos, principalmente autointoxicação e medicação. Os homens tendem a usar métodos mais drásticos. Nos serviços de emergência no Brasil, nas tentativas de suicídio, destacam os casos de ingestão de venenos e drogas (BOTEGA, 2015).

Notavelmente, as taxas de suicídio entre adolescentes e adultos jovens brasileiros estão aumentando rapidamente. A literatura indica que a adolescência e o princípio da idade adulta são as principais fases da vida em que se inicia o comportamento suicida (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2021). Nestes últimos 20 anos, os adolescentes brasileiros atingiram a maior taxa de crescimento, alcançando os índices mais altos de suicídio para este público (MELEIRO, TENG, WANG, 2004). Ao analisarem casos de mortes entre crianças e adolescentes, identificaram que em 90% destes óbitos a perturbação mental estava presente como causa. Dentre os diagnósticos comumente encontrados, estavam os transtornos de ansiedade e de humor, abuso de substâncias e distúrbios comportamentais relacionados ao desempenho social (OMS, 2006).

Entre os fatores que podem influenciar o ato suicida, existem alguns traços de personalidade caracterizados pela impulsividade, típica entre os adolescentes que não programaram as tentativas de suicídio ou mesmo os que não obtiveram resultados satisfatórios após tratamento. Em situações em que o adolescente faz uso de substâncias psicoativas, a impulsividade é uma característica facilitadora para o ato suicida, devido a alterações no funcionamento cognitivo normal, podendo ser agravado por agressividade em circunstâncias estressoras, casos de tentativas anteriores e de transtornos de conduta (BECK; BROWN; WENZEL, 2010).

Conforme pontua o Conselho Federal de Psicologia (2013), a complexidade do fenômeno do comportamento suicida o torna ainda mais difícil de abordá-lo,

principalmente no mundo ocidental em que a morte é considerada um tabu, além disso, deve ser tratado em vários contextos e espaços sociais, como escolar, familiar, acadêmico e no âmbito dos profissionais da saúde. Da perspectiva clínica, a compreensão do sofrimento possibilita saber como se chegou ao ato em si. A ocorrência de um suicídio não atinge apenas o sujeito que tentou ou que obteve êxito fatal, envolve os familiares, os amigos e o seu entorno. Sabe-se que cerca de pelo menos seis a dez pessoas são afetadas quando acontece um suicídio de um indivíduo próximo.

3.1 COMPORTAMENTO SUICIDA NA ADOLESCÊNCIA

De acordo com Papalia e Feldman (2013), a adolescência compreende as idades de 11 a 20 anos, momento da vida do adolescente que oferece oportunidades de crescimento nas dimensões físicas, nas competências cognitivas e sociais, bem como de autoestima, autonomia e intimidade. Os vínculos afetivos são fundamentais para o desenvolvimento saudável e positivo dos adolescentes quando possuem um relacionamento de apoio com a família, a comunidade e a escola. Contudo, os jovens na atualidade defrontam com ameaças ao seu bem-estar físico e mental, incluindo altos índices de mortalidade por homicídio, acidente e suicídio.

Dentre todo o desenvolvimento humano, a adolescência se destaca por ser um período complexo, momento de descobertas e de elaboração de várias escolhas, como as de carreira, de identidade e projetos de vida (pessoais e sociais), produzindo dúvidas e angústias. Deve ser considerado que os jovens ainda estão adquirindo repertórios, desse modo, apresentam dificuldade para enfrentar e articular dilemas, o que pode acarretar a busca por métodos danosos de expressão (ARAÚJO *et al.*, 2019).

Ainda de acordo com Papalia e Feldman (2013), algumas pesquisas atribuem a produção hormonal típica do começo da adolescência a uma intensa emotividade e instabilidade de humor. As emoções negativas como hostilidade e angústia juntamente aos sintomas depressivos em meninas, tendem a elevar à medida que a idade progride. Os comportamentos de risco podem refletir imaturidade do cérebro. Estudos de imageamento do cérebro do adolescente demonstram que seu córtex

cerebral ainda não está totalmente maduro, suas estruturas cerebrais sofrem mudanças drásticas entre a puberdade e o início da vida adulta, que envolvem o julgamento, as emoções, a organização do comportamento e o autocontrole. A inclinação dos adolescentes à agressividade e explosões emocionais, acompanhados de comportamentos arriscados, podem estar relacionados a interação de duas redes cerebrais: 1) Rede socioemocional vulnerável aos estímulos emocionais e sociais, em que, desse modo há maior influência dos pares e 2) Rede de controle cognitivo que instaura a regulação das respostas aos estímulos.

Wenzel, Brown e Beck (2010) discorrem que a adolescência por se tratar de uma fase significativa de transição psicológica, em muitas ocasiões durante este período não é de se estranhar que cresça a probabilidade desses jovens se submeterem a atos suicidas. Botega (2015) acrescenta os efeitos do histórico familiar que recaem no comportamento suicida, incluindo fatores ambientais e genéticos. Há em maior número a manifestação de suicídios relacionados a traços de impulsividade herdados do que a enfermidades mentais. Deve-se ainda considerar, a identificação psicológica com entes queridos, amigos ou celebridades cultuadas que cometeram o suicídio (por caráter de imitação) e a famílias com condutas desadaptativas e conturbadas, com precaução para alguns contextos de abuso sexual e físico. Ademais, atentar-se para a influência sobre o comportamento suicida de certas reportagens de cunho inapropriado apresentadas na mídia, principalmente quando o suicídio é exibido como uma atração e tem seus pormenores divulgados, além de *websites* e salas de bate-papo que ensinam, estimulam e compactuam com rituais suicidas, que repercutem consideravelmente sobre os adolescentes.

Segundo Botega (2015) existem três fatores principais de risco associados ao comportamento suicida de adolescentes, são estes: 1) Fatores sociodemográficos e educacionais; 2) Estressores psicossociais e vida familiar e 3) Fatores psicológicos e psiquiátricos. Para o autor, neste período do desenvolvimento, alguns fatores se destacam, como: a história de comportamento suicida na família, o comportamento imitativo, a separação ou morte dos pais e o baixo rendimento escolar. Oliveira (2019) salienta que os principais fatores de risco relacionados ao comportamento suicida em adolescentes devem ser vistos de forma individual, considerando que os acontecimentos afetam de forma singular dependendo dos mecanismos de

enfrentamento e da predisposição que cada um possui, podendo decorrer ou não em uma tentativa de suicídio.

As alterações psicológicas, físicas e sociais são características preponderantes na adolescência. Nesta fase, são típicas as ambivalências com contradições e conflitos intensos de dependência e independência, não sendo raro os adolescentes apresentarem pensamentos suicidas e produzirem comportamentos incomuns em busca de suas identidades, o que ocasionalmente, são superados. Em contrapartida, as ideações suicidas despertam atenção quando a concretização destes pensamentos é vista como a única forma de resolução dos seus problemas e conflitos, tornando-se um risco latente de tentativa de suicídio e suicídio (BASTOS; MOREIRA, 2015).

Com a ruptura do corpo pueril, o adolescente não se identifica mais como criança, isto o leva a empreender uma luta interna ao mesmo tempo que ainda está adquirindo habilidades psíquicas e sociais necessárias para lidar com conflitos que abrangem a resolução de problemas pertinentes a vida adulta. Como resultado, é frequente a ocorrência de comportamentos autodestrutivos e sentimentos confusos. Com o amadurecimento do adolescente esse aspecto tende a amenizar, entretanto, se persistirem, uma alternativa a não elaboração destas questões seria pela finitude da vida (CHAVES; ROSKOSZ; SOCZEK, 2016).

Em seus estudos, na perspectiva cognitivo-comportamental sobre comportamento suicida na adolescência, Caetano (2017) verificou que a ideação ou tentativa de suicídio podem ser observados como um tipo de comunicação não verbalizada transformada em atitude, devido sua dificuldade em transmitir seus sentimentos de medo e insegurança. Neste momento de desenvolvimento permeado por mudanças físicas e psicológicas, é comum o adolescente não encontrar um lugar em que se encaixa, tornando-se frustrado e por consequência optar uma solução rápida para seus dilemas através de comportamentos agressivos e pensamentos suicidas.

As autoras Martins e Sousa (2020) pontuam a relevância da compreensão do suicídio como fenômeno multideterminado e multifatorial, visto como única forma capaz nas resoluções conflituosas, devido à fase em que se encontram de vulnerabilidade. Seus comportamentos se dão em razões próprias deste período,

assim, o comportamento suicida na adolescência encontra campo nos conflitos internos, na depressão e na ansiedade, tornando-se constitutivos na reorganização física, psíquica e social, vividos neste intervalo com específica intensidade.

4 A TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL E O COMPORTAMENTO SUICIDA

Conforme Beck (2013), a Terapia Cognitiva foi desenvolvida no fim da década de 1950 e início da década de 1960, criada por Dr. Aaron Beck quando buscava compreender a depressão. A partir dos seus pacientes deprimidos, observou que eles tinham em comum pensamentos “automáticos” distorcidos da realidade e continham estreita convergência com suas emoções, como resultado, ajudou seus pacientes a identificarem, a avaliarem e a responderem ao pensamento irreal e desadaptativo.

A terapia cognitiva é uma abordagem de duração limitada, estruturada, focal e ativa, o que proporciona aos pacientes adquirirem estratégias cognitivas e comportamentais para administrarem seu humor, seus pensamentos e crenças disfuncionais fundamentais. O modelo cognitivo tem na sua determinação como o indivíduo avalia a si, o ambiente a sua volta e o futuro. As suas reações emocionais se relacionam diretamente com as cognições, assim, como uma pessoa se comporta e é afetada tem influência explícita com o modo que percebe o mundo e o interpreta. O propósito da terapia cognitiva é alterar tais pensamentos, imagens e crenças que são exacerbadas, que estão correlacionadas a afetos desfavoráveis e negativos. Nesse contexto, a alteração de crenças disfuncionais está associada a uma modificação duradoura na terapia cognitivo comportamental (BECK; BROWN; WENZEL, 2010).

Aaron Beck descreveu em sua teoria o que intitulou de distorções cognitivas, que se referem a alterações da percepção de si, dos outros e da perspectiva de futuro. Nos transtornos mentais, as distorções cognitivas estão quase sempre presentes, alterando o modo como as pessoas interpretam fatos cotidianos, gerando assim erros de julgamento. Esses erros de interpretação produzem pensamentos automáticos, que geram conclusões instantâneas e sem controle, contribuindo na formação de crenças individuais (PEREIRA; SOUGEY, 2021).

Um aspecto fundamental da TCC é a aliança terapêutica, a qual tem um papel primordial e está respaldada na cordialidade, na empatia, na destreza, na atenção e no respeito genuíno. Busca enfatizar os problemas atuais e as ocorrências que desencadeiam ao paciente sofrimento. Quando o paciente sente que se encontra em um ambiente respeitável e de confiança, o vínculo se estabelece, então passa a cooperar com o processo psicoterápico (BECK, 2013). De igual importância, se encontra a psicoeducação na TCC, psicoeducar o paciente sobre suas cognições e o quanto elas influenciam seus comportamentos e emoções, implica em instruir o paciente a utilizar as técnicas em seu cotidiano, mesmo quando não estiver mais em terapia (OLIVEIRA, 2019).

A terapia cognitiva com pacientes suicidas, ao contrário da terapia cognitiva com outros pacientes, abrange o manejo com as problemáticas da vida, particularmente se está correlacionada com a crise mais recente. Deste modo, seu ponto central se encontra na prevenção do suicídio, trabalhando diretamente com estratégias que alterem a ideação suicida ou indiretamente com estratégias para ajudar a manejar problemas pontuais, e com isso, instilem a esperança no futuro e motive sentido para suas vidas. Outra questão fundamental, está em focar a intervenção nas interpretações que o paciente faz das situações da sua própria vida, propiciando assim, condições de identificar e avaliar de forma mais realista suas vivências. Nesse sentido, possibilita o desenvolvimento de habilidades para produzir mudanças cognitivas e comportamentais (BECK; BROWN; WENZEL, 2010).

Segundo Wright *et al.* (2019), quando se trata de intervenções para a prevenção direta do comportamento suicida, a principal característica desse tratamento advém de estratégias cognitivas e comportamentais para a redução da gravidade da depressão e da desesperança, essas estratégias invocam engajamento dos pacientes desesperançosos a partir da psicoeducação, pois vários desses pacientes que estão em risco de suicídio acreditam não ter esperança que sua situação possa melhorar, passando a ter pensamentos em que desistir de tudo é sua única opção. As estratégias e o manejo para pacientes com comportamento suicida podem ser adaptados individualmente. No tratamento com pacientes de alto risco, deve-se ter em mente a compreensão das motivações que o levaram a buscar o suicídio, sendo de suma importância investigar de forma mais abrangente o risco, e

sobretudo, desenvolver colaborativamente um plano de segurança, com especial atenção na consolidação das habilidades da TCC na prevenção futura do comportamento suicida. Serra (2009) ressalta que dentre uma gama de transtornos emocionais, incluindo o manejo do comportamento suicida, a terapia cognitivo-comportamental vem demonstrando eficácia baseada em evidências para diversos transtornos, tornando-se em muitos casos padrão ouro em seus tratamentos.

Em se tratando do comportamento suicida, os autores Wenzel, Brown e Beck (2010) destacam que as variáveis psicológicas de estrutura cognitiva, afetiva ou comportamental divergem das variáveis demográficas e de histórico psiquiátrico, pois as variáveis psicológicas através de intervenções terapêuticas focais são suscetíveis a mudanças. Em grande parte, a relação entre as variáveis diagnósticas, demográficas e de histórico psiquiátrico explicam os atos suicidas e a ideação suicida, demonstrando o potencial das variáveis sobre cada indivíduo. A literatura considera cinco classes de variáveis psicológicas, sendo elas: a desesperança, as cognições relacionadas ao suicídio, a impulsividade aumentada, o déficit na resolução de problemas e o perfeccionismo. Para Serra (2009), estudos sugerem que além de fatores sociais de risco crônico e demográficos, outros fatores cognitivos precisam de investigação, dentre esses fatores apontam a desesperança, que se mostrou como um agente de risco crônico e agudo, participante de um esquema de relativa estabilidade, presente na tríade cognitiva que remete ao futuro.

Ao pensar em pacientes suicidas não é correto falar em homogeneidade, existem características singulares nos sujeitos que adotam comportamentos de autoextermínio. Tem-se alegado entre os suicidologistas a existência de pelo menos dois grupos de pacientes suicidas. Os primeiros possuem uma sensação lancinante de desesperança com intensa vontade de morrer. Já o segundo grupo não possui estas características de desesperança e desejo de morrer tão marcantes, o que os diferencia se encontra na inabilidade de regulação do humor e de seus comportamentos impulsivos, em certos casos provocam o ato suicida como uma forma de comunicação com o outro (BECK; BROWN; WENZEL, 2010).

No que se refere ao processamento da informação, o paciente com comportamento suicida manifesta uma propensão a distorções na interpretação em relação ao seu eu verdadeiro. As três distorções mais comumente apresentadas que

indicam globalmente uma rigidez cognitiva, são: 1) Abstração Seletiva, em que o sujeito distorce o pensamento, focando apenas no negativo das situações e negligenciando evidências positivas; 2) Supergeneralização, é um erro cognitivo que leva a pessoa generalizar de um caso ocorrido para todos os outros acontecimentos, se uma vez foi ruim será sempre ruim e 3) Pensamento Dicotômico, em que o indivíduo desvaloriza os eventos sem considerar aspectos intermediários, classifica as situações como verdadeiras ou falsas, branco ou preto. As crenças perfeccionistas são o conteúdo mais frequente de suas cognições, estes pacientes possuem expectativas irrealistas sobre si, sobre as expectativas que tem dos outros e que acreditam que os outros tem sobre si. A perspectiva que o paciente acredita que os outros possuam sobre ele, tem uma correlação aumentada de risco de suicídio. Para justificar situações negativas em suas vidas, tendem a atribuir internamente, estavelmente e globalmente a si as coisas ruins que acontecem. Esta disposição tendenciosa a eventos negativos repercute em desesperança e pessimismo, preditores de comportamentos suicidas (SERRA, 2009).

4.1 A TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL E O COMPORTAMENTO SUICIDA NA ADOLESCÊNCIA

Existem diversas correlações entre o comportamento suicida na adolescência e os conjuntos de variáveis diagnósticas, demográficas, psicológicas e as variáveis que se relacionam ao suicídio, assim como nos adultos. No público jovem, observa-se um atributo consideravelmente único, canalizado nas variáveis sociais. A família, os pares, o meio social como um todo, podem ser responsáveis por esclarecer episódios extremos de perturbação dos adolescentes (BECK; BROWN; WENZEL, 2010). Diante disso, ao se depararem com conflitos existenciais e dificuldades de resolução de problemas, os adolescentes manifestam baixa autoestima e desesperança, podendo ocasionar o ímpeto de findar a própria vida (MARTINS; SOUSA, 2020).

Sougey e Pereira (2021) ressaltam a importância da identificação de traços cognitivos e comportamentais relacionados com a frequência do comportamento suicida e as variáveis sociodemográficas na construção de uma intervenção

terapêutica individualizada, principalmente em adolescentes que vivenciaram o ato suicida ou que apresentam ideações que denotam cuidados. Nesses pacientes, compreender as variáveis psicológicas do comportamento suicida no menor espaço de tempo viável entre a tentativa de suicídio e a avaliação, podem conferir maior êxito na identificação dos fatores relacionados a tentativa.

Santos (2017), em sua pesquisa realizada em 4 escolas da rede pública de ensino de Recife/PB neste mesmo ano, apresentou como um de seus resultados a discrepância do modo de pensar dos jovens que não tinham pensamento e vontade de provocar o autoextermínio para aqueles com ideação suicida. Estas diferenças são traduzidas em distorções cognitivas de fracasso pessoal, intenções hostis, ameaça física e social. Dentre as principais razões para pensar em suicídio, estava a vontade de fugir de seus problemas, sendo apontada por 39,7% dos adolescentes. As autoras Martins e Souza (2020) acrescentam que a dificuldade de solucionar problemas de forma efetiva tem relação direta com o pensamento dicotômico e a rigidez cognitiva, uma vez que a rigidez cognitiva é a fusão do pensamento dicotômico com a dificuldade na resolução de problema.

De acordo com Serra (2009), indivíduos suicidas e depressivos têm em comum um déficit cognitivo básico no quesito resolução de problemas, na adolescência isto se torna ainda mais evidente pela própria imaturidade e baixo repertório vivencial. Quando essas estratégias, por falta de habilidade, a fim de encontrar solução para as adversidades falham, esses jovens passam a acreditar que por fim a vida é a única saída eficaz. Indivíduos com comportamento suicida têm dificuldades em encontrar novas possibilidades para a resolver suas problemáticas quando em situações anteriores não obtiveram sucesso. Baseado em uma vasta literatura, a TCC proporciona o treinamento de habilidades para resolução de problemas, vista como um dos dois alicerces que sustentam a intervenção cognitiva juntamente com a reestruturação cognitiva.

Martins e Sousa (2020) apontam a TCC como possibilidade de prevenção e tratamento para o comportamento suicida adolescente por se concentrar no presente, mas, sem esquecer a perspectiva longitudinal (infância, histórico familiar, experiências evolutivas, educação e influências sociais) a partir de uma conceituação individual no planejamento do tratamento do paciente. As contribuições da TCC voltadas para o

comportamento suicida visam estratégias cognitivas, comportamentais e afetivas, que proporcionam ao adolescente a redução de sintomas relacionados a ansiedade e depressão, que podem contribuir para o comportamento suicida. Ademais, busca-se psicoeducar o adolescente a respeito do modelo cognitivo e sua finalidade, possibilitando examinar seus próprios pensamentos, comportamentos e emoções. São praticadas estratégias preventivas em processo colaborativo com o adolescente, através de técnicas para o enfrentamento de pensamentos pessimistas, desenvolvimentos de habilidades sociais, tomada de decisão, resolução de problemas e plano de segurança.

5 MANEJO CLÍNICO DO COMPORTAMENTO SUICIDA NA ADOLESCÊNCIA

No manejo clínico de adolescentes com comportamentos suicidas Friedberg e McClure (2007) destacam a importância da participação dos pais no tratamento, sendo este engajamento uma ferramenta primordial na segurança do jovem suicida, cooperando com a retirada dos meios letais da casa como: facas, armas de fogo, medicamentos, cordas entre outros viáveis. Pontuam a importância de um contrato de segurança com o adolescente que inclua estratégias alternativas de resolução de problemas, por considerar que a busca de pôr fim a vida é um método desadaptativo decorrente da dificuldade de enfrentamento, fuga ou resolução de problemas. Franzin, Neufeld e Reis (2017) corroboram com o apresentado pelos autores acima e acrescentam que a psicoeducação é a primeira intervenção realizada com a família, pois o objetivo é ajudar a entender a gravidade do panorama acompanhada da importância da participação do núcleo familiar no tratamento, cabendo a família manter o ambiente seguro, livre de objetos que possam favorecer recursos ao suicídio do adolescente. No manejo do comportamento suicida de adolescentes faz-se imprescindível implantar a esperança e estabelecer um plano para o futuro, que inclua intervenções como o peso das razões para viver e atividades que proporcionem prazer.

Para o manejo do comportamento suicida na adolescência Wenzel, Brown e Beck (2010) desenvolveram um protocolo de tratamento para jovens pós tentativa de suicídio ou com comportamento suicidário. Os autores destacam a necessidade da

compreensão dos correlatos e de fatores de risco no auxílio ao clínico para uma específica construção das intervenções a partir da produção da conceituação de caso apropriadas ao adolescente suicida. Nas intervenções com pacientes suicidas adolescentes foram definidas três fases: Fase Inicial, Intermediária e Avançada. O manejo com adolescentes apresenta diferenças singulares em razão da linguagem aplicada e de ter a família envolvida. As técnicas utilizadas mantêm o foco na regulação emocional, na aquisição de habilidades sociais e comportamentais e na resolução de problemas. Por se encontrarem em uma fase de desenvolvimento, os adolescentes carecem de demandas diferenciadas, muitas vezes mais criativas e cautelosas.

A fase inicial do tratamento está estrutura da seguinte forma: Primeiro em abordar a questão da confidencialidade. Deve-se considerar que a confidencialidade para os adolescentes vem carregada de desconfianças, pois, em grande parte das vezes são trazidos pelos pais e ou familiares, por isso, é crucial que o clínico trate essa questão logo no início e estabeleça um ambiente seguro e de confiança, esclarecendo que questões discutidas serão mantidas em sigilo. Depois, engajar o paciente no tratamento. Adolescentes têm dificuldade em aceitar o tratamento psicoterápico, por crerem que estão sendo obrigados a se tratarem. É de suma importância que se estabeleça um *rapport* desde o primeiro momento para que haja um engajamento nas estratégias e evite um precoce abandono da terapia (BECK; BROWN; WENZEL, 2010).

Como elemento do início do ciclo de tratamento, a partir das entrevistas clínicas realizadas com o adolescente e os familiares, obtém-se a conceituação cognitiva, possibilitada pela descrição dos eventos desencadeantes da crise suicida e da avaliação psicológica. Os membros da família devem ser incluídos no processo. Os familiares têm condições de encorajar o adolescente a comparecer as sessões, mantê-lo no tratamento e contribuir com informações adicionais relacionadas a crise suicida, o que facilita a efetividade do plano de segurança. Além disso, podem ajudar monitorando o adolescente, a fim de identificar sinais de risco e remover o acesso aos meios letais (BECK; BROWN; WENZEL, 2010).

Ao término da primeira sessão deve ser desenvolvido um plano de segurança incluindo lista com sinais de alerta, estratégias de autoajuda e informações para

contatar membros da família (no caso de adolescentes dados de um adulto responsável), profissionais da saúde mental e serviços de emergência. Por conseguinte, incluir um plano de segurança familiar com estratégias de comunicação com o jovem com ideação suicida, programa para monitorar o adolescente e instruções para fazer contato com profissionais da saúde apropriados. O estabelecimento dos objetivos deriva da conceituação cognitiva, no caso dos adolescentes, é frequente que se dê uma maior atenção para os componentes comportamentais e demandas familiares. Em grande parte, estes jovens ainda não alcançaram níveis cognitivos para possibilitar o *insight* relacionado a atos suicidas, nem tão pouca maturidade para distinguir seu eu real do meio familiar que residem (BECK; BROWN; WENZEL, 2010).

Na fase intermediária é possível ter uma maior compreensão das motivações que levaram o adolescente a atos suicidas, assim, estabelecer para o tratamento estratégias mais indicadas para este público. São propostas quatro categorias principais. A primeira começa pelo desenvolvimento de estratégias de *coping*, que incluem a adaptação das estratégias cognitivas, emocionais e comportamentais. Os adolescentes têm uma resposta maior a habilidades de *coping* comportamental e afetivo. As estratégias de coping afetivo são planejadas para auxiliar o adolescente a se regular emocionalmente, assim, nas intervenções que encorajam o envolvimento em atividades prazerosas há uma resposta mais positiva. A segunda categoria é a utilização de estratégias para ampliar as razões para viver, sendo muito comum encontrar entre os indivíduos suicidas a crença de não ter mais motivos para viver. O *Kit* de Esperança pode ser adaptado para os adolescentes e os itens incluídos em seus kits de Esperança podem envolver bilhetes de colegas, recados, fotos de familiares e amigos ou até mesmo criação de *websites* e álbuns com colagens. Estes itens tornam-se um porto seguro de esperança, que podem ser usados em uma crise suicida (BECK; BROWN; WENZEL, 2010).

A terceira categoria merece um pouco mais de cuidado e atenção, pois, conflitos familiares podem estar relacionados ao abandono precoce do tratamento. Há evidente relação entre conflitos familiares e engajamento no tratamento psicológico, os principais objetivos da participação da família são aprimorar a comunicação e a capacidade de solucionar problemas da família, elevar a adesão, aumentar o

comprometimento familiar e administrar o comportamento não participativo e de confronto dos adolescentes. A última categoria visa modificar comportamentos autoagressivos não suicidas. Devido a correlação entre tentativas de suicídio e autoagressão em adolescentes, os tratamentos para comportamentos suicida devem incluir estratégias para a prevenção das autoagressões (BECK; BROWN; WENZEL, 2010).

A fase avançada do tratamento para o comportamento suicida em adolescentes concentra-se em revisar o progresso visando as metas estabelecidas, atentando para novos episódios de tentativa de suicídio ou comportamento autoagressivo com a inclusão do protocolo de recaídas. Deve-se realizar o exame das estratégias de *coping* mais eficazes durante uma crise suicida e o planejamento do encerramento da terapia com combinação prévia da frequência das sessões, bem como, a incorporação do plano de tratamento e eventuais encaminhamentos para outras intervenções terapêuticas. Nesta fase final é importante considerar possíveis impasses e desafios para o encerramento do tratamento (BECK; BROWN; WENZEL, 2010).

Oliveira (2019), assim como no proposto por Wenzel, Brown e Beck (2010) apresenta um protocolo de intervenção para o comportamento suicida na adolescência delineada em três fases: inicial, intermediária e avançada. Foi pré-estabelecido pela autora, cada fase com duração média de 12 sessões. Na fase inicial ou aguda, a 1ª sessão é dedicada a entrevista com os pais ou responsáveis e aquisição de informações relativas ao evento ocorrido, histórico do paciente, psicoeducação sobre comportamento suicida e instrução sobre inclusão da família no tratamento. A 2ª sessão é de fato o primeiro atendimento com o paciente adolescente, o psicólogo deverá se portar de modo empático, com uma escuta acolhedora, esclarecer sobre a confidencialidade, fazer uma análise de risco e iniciar o plano de segurança. Na 3ª sessão, fazer a apresentação do modelo cognitivo e psicoeducação sobre *Mindfulness* e iniciar treino com exercícios de regulação emocional. Durante a 4ª sessão, construir uma linha do tempo com o objetivo de compreender as situações que levaram o adolescente a desencadear a crise suicida. Na 5ª sessão, propor ao paciente a descrição de motivos relevantes para continuar a viver. Adicionar esta lista ao plano de segurança e desenvolver em colaboração com o adolescente o plano terapêutico.

A partir da 6ª sessão deve-se conhecer as crenças através do modelo ABC (A- Acontecimento, B-Interpretação e C- Comportamento) utilizando a Seta Descendente, visando a crença central. Inserir tarefa de casa como o Registro de Pensamentos Disfuncionais ou aplicativos para monitoramento de pensamentos. A 7ª e 8ª sessões têm foco na reestruturação cognitiva, psicoeducação sobre distorções cognitivas e avaliação pelo adolescente dos erros cognitivos que identifica cometer. Na 9ª sessão, introduzir a Técnica de Resolução de Problemas e auxiliar o adolescente a encontrar possibilidades na resolução das suas contrariedades. Na 10ª e 11ª sessões inserir o treino de habilidades sociais, ajudando o adolescente a adquirir habilidades de se comunicar, relacionar e expressar emoções de forma assertiva. A 12ª sessão é direcionada para a avaliação do progresso e programação da próxima fase (OLIVEIRA, 2019).

A Fase Intermediária dedica-se ao treinamento de habilidades de enfrentamento cognitivas, comportamentais, regulação emocional e resolução de problemas. Já na Fase Avançada o seu propósito está em avaliar os avanços que o adolescente atingiu durante o tratamento. Ressaltando a importância da inserção do protocolo de prevenção de recaídas, que incluem: 1) Preparação; 2) Revisão da crise suicida recente; 3) Revisão da crise suicida recente usando habilidades; 4) Revisão de uma futura crise suicida e 5) *Debriefing* e seguimento (OLIVEIRA, 2019).

Na avaliação com pacientes suicidas, uma entrevista meticulosa, pode integrar ou não os testes psicológicos, fornecendo evidências gerais do risco de suicídio. Dentre as medidas de avaliação habitualmente utilizadas e estipuladas como instrumentos confiáveis e válidos, encontram-se a Escala de Desesperança de Beck, que avalia pensamento direcionado ao futuro, motivação e expectativas e o Inventário de Depressão de Beck-II, o qual mensura o nível de depressão e possui dois itens que tratam objetivamente à suicidalidade. (BECK; DAVIS; FREEMAN, 2017). De acordo com o Conselho Federal de Psicologia (2022), neste momento as escalas de Beck estão aguardando atualização no Brasil para serem novamente aplicadas.

As intervenções para a prevenção na TCC, tem suas bases em uma relação terapêutica colaborativa entre o adolescente e o terapeuta, este posicionamento cria um ambiente seguro, confiável, que gera autonomia ao adolescente, fortalecendo assim, o *rapport* e a aderência ao tratamento. O paciente deve estar ciente que alguns

eventos podem desencadear crises suicidas, para isso, o terapeuta deve psicoeducar e instruir que a oscilação do humor é comum, portanto, não deve ser assumida como recaída. O clínico juntamente com o adolescente desenvolve um plano de segurança, a partir de potenciais situações que possam vir a ocorrer, com o propósito de aprender a lidar antecipadamente com tais situações. Frequentemente na última sessão os familiares são convidados a participarem para discutirem o plano de segurança e eventuais preocupações que possam surgir (BECK; BROWN; WENZEL, 2010).

A TCC dispõe de uma variedade de técnicas cognitivas e comportamentais que visam contribuir nas intervenções e no tratamento de pacientes suicidas. Segue-se abaixo quadro com algumas técnicas baseadas em Wright *et al.* (2019) e Friedberg e McClure (2007).

Quadro 2 – Intervenções mais utilizadas para o manejo do comportamento suicida

TÉCNICAS COGNITIVAS E COMPORTAMENTAIS	DESCRIÇÃO
Questionamento Socrático	Tem como objetivo ajudar o paciente a reconhecer e modificar os pensamentos desadaptativos, através de perguntas que estimulem a curiosidade e o desejo de inquirir.
Psicoeducação	Breves explicações acompanhadas de perguntas que promovam o envolvimento do paciente no processo de aprendizagem. Envolvem usar situações da vida do paciente para ilustrar os conceitos.
Registro dos pensamentos automáticos	É um método sistemático para a identificação e indagação sobre a validade dos padrões dos pensamentos. Através do registro dos pensamentos automáticos e das emoções diante das situações.
Flecha descendente	Consiste em questionar ao paciente o que o pensamento automático significa, identificando-se a cadeia de pensamento a partir de um pensamento específico inicial.
Ensaio cognitivo	Consiste em praticar uma nova forma de pensar, experimentando situações temidas através da geração de imagens mentais ou role-play.
Treino de habilidades sociais	Consiste em compreender as dificuldades sociais e propor estratégias que visem desenvolvimento de repertório socialmente desejado.

Exame das evidências	Consiste em elaborar uma lista das evidências a favor e contra a validade de um pensamento automático ou outra cognição, avaliar as evidências e, então, trabalhar na modificação do pensamento para que seja consistente com as evidências recém-descobertas.
Resolução de problemas	Consiste em ensinar habilidades básicas para a resolução de problemas, auxiliando o paciente a organizar um plano de enfrentamento das dificuldades listadas.
Programa de atividade prazerosa	Consiste em colaboração com o paciente descobrir quais atividades lhe proporcionam prazer e propor um programa de atividades prazerosas.

Fonte: Friedberg e McClure, 2007 e Wright *et al.*, 2019

Adolescentes deprimidos apresentam um maior potencial suicida, e frequentemente, provocam a automutilação como resposta mal adaptativa da dificuldade em solucionar problemas. Por consequência, se faz prudente que intervenções comportamentais para depressão sejam ativamente implantadas. Dentre as técnicas utilizadas, vale destacar três intervenções, sendo a primeira estratégia o Programa de Atividade Prazerosa, considerada como primordial no tratamento de adolescentes deprimidos como importante ativador contra a fadiga, a anedonia e a evitação social. Outra técnica comumente utilizada é o Treinamento de Habilidades Sociais, já que para o jovem deprimido interagir se torna um grande desafio, e em virtude disso, o terapeuta os ensina a desenvolver habilidades de confiança para se relacionarem com seus pares através de *role playing*, modelagem, livros, filmes e instruções diretas. A última estratégia habitualmente empregada é a Resolução de Problemas, visto que adolescentes deprimidos tem um senso de desesperança exacerbado e com maiores dificuldades na tomada de decisão (FRIEDBERG; McCLURE, 2007).

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Mesmo na atualidade, o suicídio ainda desponta encoberto por tabus e preconceitos. Diante desta pesquisa é inegável a complexidade do tema e sua relevância, visto que os dados divulgados no Brasil e no mundo são alarmantes em números de vidas findadas por suicídio cometido por adolescentes, de tal forma que

seus comportamentos suicidas impactam famílias e comunidades. Diversos estudos apontam para as correlações entre o comportamento suicida na adolescência e os conjuntos de variáveis sociodemográficas. Somente entre os jovens, as variáveis sociais aparecem como um dos fatores de risco para o suicídio, incluindo ainda, transtornos como depressão e ansiedade e os aspectos psicológicos e familiares.

Considerando que a adolescência é um período de transição biopsicossocial, marcada pela impulsividade e o imediatismo, vários autores abordados no artigo ponderaram que os adolescentes por não terem alcançado ainda níveis cognitivos suficientes para enfrentarem os obstáculos que surgem, manifestam dificuldades na resolução de problemas e na superação das perdas, como de entes queridos ou de relacionamentos desfeitos. A inabilidade para encontrar uma solução ou alternativas para seus problemas provoca uma percepção equivocada de colocar fim em suas vidas como única opção. Por esta perspectiva, a TCC como intervenção em pacientes suicidas, apresenta-se como um meio eficaz no tratamento e prevenção do suicídio, com base na identificação dos fatores de risco, histórico do paciente e dos eventos que desencadearam a crise suicida. A TCC propõe intervenções embasadas na reestruturação cognitiva, através de técnicas como o treino de habilidades sociais, resolução de problemas e psicoeducação. No tratamento de adolescentes com comportamento suicida estas técnicas têm se mostrado como um valioso recurso.

Durante esta pesquisa na literatura, as demais publicações encontradas em livros, teses e artigos, identificados com protocolos de intervenção para o manejo clínico do comportamento suicida adolescente, observou-se que seus autores retomavam a Wenzel, Brown e Beck (2010) como referência de protocolo, gerando assim duas vertentes de raciocínio. A primeira, confirmando a relevância dos estudos expostos pelos autores acima, servindo como um guia eficaz nas intervenções e tratamentos baseados em evidências. E a segunda, demonstra a escassez de materiais pertinentes a protocolos para o manejo clínico do comportamento suicida na adolescência, mesmo em vias do número assustador de suicídios de jovens pelo mundo. Portanto, ressalta-se a necessidade futura de pesquisas e estudos clínicos que abordem protocolos de tratamento na TCC para pacientes adolescentes com comportamento suicida. Os objetivos deste estudo foram alcançados com a devida ressalva apresentada.

REFERÊNCIAS

- AERTS, Denise Rangel Ganzo de Castro; BAGGIO, Lissandra; PALAZZO, Lílian S. **Planejamento suicida entre adolescentes**: prevalência e fatores associados. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 25, n. 1, p. 142-150, 2009.
- ARAÚJO, Liércio Pinheiro de; FARIAS, Laeuza Lúcia da Silva; MENEZES, Robson Lúcio Silva de; RIBEIRO, Marcelo Silva de Souza. **Comportamento e suicídio**: o suicídio e seus atores sociais. Conselho Regional de Psicologia. Petrolina: UNIVASF, 2019. Disponível em: https://www.crp15.org.br/wp-content/uploads/2020/05/ebook_COMPORTAMENTO-E-SUICIDIO1.pdf. Acesso em: 14 maio 2022.
- BECK, Aaron T.; DAVIS, Denise D.; FREEMAN, Arthur. **Terapia Cognitiva dos Transtornos Mentais**. Porto Alegre: Artmed, 2017.
- BECK Aaron; BROWN Gregory K.; WENZEL, Amy. **Terapia Cognitivo-Comportamental para pacientes suicidas**. Porto Alegre: Artmed, 2010.
- BECK, Judith S. **Terapia cognitiva comportamental**: Teoria e prática. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.
- BASCO, Monica R.; BROWN, Gregory K.; THASE, Michael E.; WRIGHT, Jesse H. **Aprendendo a terapia cognitivo-comportamental**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2019.
- BASTOS, P. R. H. O; MOREIRA, L. C. O. **Prevalência e fatores associados à ideação suicida na adolescência**: revisão de literatura- artigo. *Psicologia Escolar Educacional*. V. 19, n. 3, 2015. Maringá. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/2175-3539/2015/0193857>. Acesso em 10 set 2022.
- BOTEGA, Neury José. **Crise suicida**: avaliação e manejo. Porto Alegre: Artmed, 2015.
- CAETANO, Aline Mayara Hernandes. **Terapia cognitivo-comportamental e a intervenção em adolescentes com ideação ou tentativa de suicídio**. 2017. *Psicologia.pt - O Portal dos Psicólogos*. Disponível em: <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A1266.pdf>. Acesso em: 25 ago. 2022.
- CHAVES, Simone Küller; ROSKOSZ, Flávia Laís Souza; SOCZEK, Kelly de Lara. **Suicídio na adolescência e terapia cognitivo-comportamental**. 2017. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Psicologia) - Faculdade Sant'Ana, Paraná, 2017.
- CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **O Suicídio e os Desafios para a Psicologia**. Brasília: CFP, 1. ed. p. 152, 2013. Disponível em:
- CADERNOS DE PSICOLOGIA, Juiz de Fora, v. 4, n. 8, p.558-584, jul./dez. 2022 – ISSN 2674-9483**

<https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2013/12/Suicidio-FINAL-revisao61.pdf>. Acesso em: 15 maio 2022.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Sistema de Avaliação de Testes**. Satepsi. Brasília: CFP, 2022. Disponível em: <https://satepsi.cfp.org.br/>. Acesso em: 27 out. 2022.

FELDMAN, Ruth Duskin; PAPALIA, Diane E. **Desenvolvimento Humano**. 12. ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.

FRANZIN, Ricardo; NEUFELD, Carmem Beatriz; REIS, Aline Henriques. **Terapia cognitivo-comportamental para adolescentes: uma perspectiva transdiagnóstica e desenvolvimental**. Porto Alegre: Artmed, 2017.

FRIEDBERG, Robert D.; McCLURE, Jéssica M. **A prática clínica de terapia cognitiva com crianças e adolescentes**. Recurso eletrônico. Porto Alegre: Artmed, 2007. Disponível em: <https://www.pdfdrive.com/a-pr%C3%A1tica-cl%C3%ADnica-da-terapia-cognitiva-com-crian%C3%A7as-e-adolescentes-e187423573.html>. Acesso em: 26 out. 2022.

MARTINS, Maria das Graças Teles; SOUSA, Kamilla Kleanny Silva. **Suicídio na adolescência: contribuições da terapia cognitivo-comportamental na prevenção. Desenvolvimento da criança e do adolescente: evidências científicas e considerações teórico-práticas**. Editora Científica Digital, p. 791-804, abr. 2020. Disponível em: <https://www.editoracientifica.org/articles/code/200801128>. Acesso em: 19 maio 2022.

MELEIRO, A. M. A. S.; TENG, Chei Tung; WANG, Yuan Pang. **Suicídio: estudos fundamentais**. São Paulo: Segmento Farma, p. 207-215, 2004.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância Sanitária. **Boletim epidemiológico: Mortalidade por suicídio e notificações de lesões autoprovocadas no Brasil**. v. 52, set. 2021. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/boletins-epidemiologicos/edicoes/2021/boletim_epidemiologico_svs_33_final.pdf. Acesso em: 15 maio. 2022.

OLIVEIRA, Marcela Ursulina. **TCC no manejo de adolescentes suicidas: proposta de intervenção**. 2019. Trabalho de conclusão de curso (especialização) - Centro de Estudos em Terapia Cognitivo-Comportamental (CETCC). Melcher – São Paulo, 2019.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Prevenção do Suicídio**. Jun. 2021. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/suicide>. Acesso em: 13 maio 2022.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Prevenção do suicídio: uma série de recursos**. Genebra, 2006. Disponível em:

<https://www.saude.df.gov.br/documents/37101/183291/OMS-Manual-de-preven%C3%A7%C3%A3o-do-suic%C3%ADdio-para-conselheiros.pdf/809e493d-291f-f716-2a61-e7135ddb3b40?t=1648938692609>. Acesso em: 19 maio 2022.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. Organização Mundial de Saúde. **Suicídio**: Informativo. Jun. 2021. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/noticias/17-6-2021-uma-em-cada-100-mortes-ocorre-por-suicidio-revelam-estatisticas-da-oms>. Acesso em: 12 abr. 2022.

PEREIRA, Marília; SOUGEY Everton. **Padrões cognitivos no comportamento suicida**. Curitiba: Appris, 2021.

SANTOS, Marília Suzi Pereira dos. **Estudo de pensamentos associados à ideação suicida em adolescente**: fatores de vulnerabilidade em escolares da cidade do Recife. 2017. Tese (doutorado) – UFPE. Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-graduação em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento. Recife, 2017.

SERRA, A. M. **Estudo da terapia cognitiva**: um novo conceito em psicoterapia. São Paulo: Criarp, 2009. Disponível em: http://www.itcbr.com/hotsite/05_frames.htm. Acesso em: 12 set. 2022.