

## A atuação do psicólogo frente ao comportamento suicida

### *The psychologist's behavior towards suicidal behavior*

Vera Lúcia Souza dos Santos de Barros<sup>1</sup>, Larissa Queiroz Azevedo de Aquino<sup>2</sup>

#### RESUMO

**Introdução:** Conceitualmente, o suicídio é o ato deliberado de matar a si próprio. Fatores sociais, culturais e psicológicos associados, podem levar o indivíduo a um comportamento suicida, sendo este uma das causas mais comuns de morte no mundo. **Objetivo:** Compreender o comportamento suicida, para isto, evidenciar os fatores que contribuí para o suicídio, apontar a relação existente entre suicídio, depressão e desesperança e por fim, alistar as possíveis intervenções do profissional psicólogo diante do suicídio. **Metodologia:** Trata-se de uma pesquisa de cunho bibliográfico, descritiva e exploratória, tendo como embasamento teórico, artigos e publicações científicos entre os publicados entre os anos de 1969 e 2017 em plataformas de acesso gratuito. Foram excluídos artigos que fugissem ao tema proposto e escritos em línguas estrangeiras. **Desenvolvimento:** Observou-se que a literatura está consistente e alinhada quanto à conceituação do suicídio, contudo, nota-se que a sociedade, especialmente a área da saúde pública, não estão preparados suficientemente para intervir em casos de suicídio. **Considerações finais:** Pode-se entender, através dos documentos estudados, que a morte é uma emoção própria ao indivíduo, e aqueles que dão fim a própria vida, são mal vistos no âmbito social, pois o seu ato é censurado, visto de maneira preconceituosa e categórica. Sabe-se que os motivos que levam ao comportamento suicida são variados, e as vulnerabilidades vão desde transtornos psiquiátricos, fatores psicossociais, histórico familiar, entre outros. O papel do psicólogo vai além do acolhimento e tratamento, adentrando uma perspectiva de conscientização e prevenção, contribuindo para que os índices de suicídio não cresçam.

**Descritores:** Depressão; Suicídio; Morte; Saúde pública.

#### ABSTRACT

**Introduction:** Conceptually, suicide is the deliberate act of killing oneself. Associated social, cultural, and psychological factors can lead to suicidal behavior, and this is one of the most common causes of death in the world. **Objective:** To understand suicidal behavior, to highlight the factors that contribute to suicide, to point out the relationship between suicide, depression and hopelessness, and finally, to list the possible interventions of the professional psychologist in the face of suicide. **Methodology:** This is a bibliographical, descriptive and exploratory research, having as theoretical background, articles and scientific publications among those published between the years of 1969 and 2017 in platforms of free access. Articles were excluded from the proposed topic and written in foreign languages. **Development:** It was observed that the literature is consistent and aligned with the conceptualization of suicide, however, it is noted that society, especially in the area of public health, are not sufficiently prepared to intervene in cases of suicide. **Last considerations:** It can be understood, through the documents studied, that death is an emotion peculiar to the individual, and those who end their own lives are barely seen in the social sphere, because their act is censored, seen in a prejudiced and categorical way. It is known that the reasons that lead to suicidal behavior are varied, and the vulnerabilities range from psychiatric disorders, psychosocial factors, family history, among others. The role of the psychologist goes beyond the reception and treatment, entering a perspective of awareness and prevention, contributing so that the suicide rates do not grow.

**Descriptors:** Death. Depression. Public Health. Suicide.

<sup>1</sup>Pós-Graduanda em Psicologia Clínica, Avaliação e intervenção. Universidade de Gurupi/UnirG.  
E-mail: veragpi@gmail.com.br

<sup>2</sup>Mestre, Docente da Universidade de Gurupi/UnirG.  
E-mail: larissa@unirg.edu.br

#### Endereço para correspondência:

Vera Lúcia Souza dos Santos de Barros. Rua s-15, Lt. 6, Qd.68, nº 462, setor Sol Nascente, Gurupi-TO. CEP: 77425-100.

## 1. INTRODUÇÃO

A ação de tirar a própria vida do ponto de vista da sociologia é definido como “todo caso de morte que procede direta ou indiretamente de um ato, positivo ou negativo, concretizado pela própria vítima que sabia que se causaria esse consequência”.<sup>1</sup> Considerando isso, a organização Mundial da Saúde (OMS) identifica que o suicídio é um importante problema de saúde pública e representa 1,5% do custo total das enfermidades para a sociedade. Então avalia-se que de 10 a 20 milhões de pessoas tentem o suicídio a cada ano.<sup>2</sup>

Conceitualmente, suicídio é um extermínio por lesão autoprovocada.<sup>3</sup> É uma ação espontâneo contra a existência, auto infligido, que procede em morte.<sup>4-5</sup> É um acontecimento complicado e universal que alcança todas as idades, classes sociais, culturas, e idades, e possui uma etiologia multivariada, juntando informações genéticas, sociais, biológicos (neurológicos), conscientes e inconscientes psicológicos, culturais e ambientais.<sup>5-8</sup>

A visão do suicídio dentro da aparência das condutas violentas, é possível definir como a atividade de uma pessoa, que ocasiona a sua própria morte ou afeta sua integridade espiritual, mental, física ou moral.<sup>9</sup>

Minghetti e Kanan<sup>10</sup> distinguem fatores assombrosos em relação ao suicídio e comprova que a cada caso feito, deixa quase seis pessoas com algum problema, seja ela emocional, econômica, ou social. Ainda a respeito disso, os referidos autores apontam que em alguns casos, na tentativa de tirarem a própria vida, as pessoas se atacam a tal ponto de precisarem de cuidados médicos e acabam ocasionando aos cofres públicos gastos de bilhões de reais.

A conduta suicida é classificada, com assiduidade, em três categorias distintas: tentativa de suicídio, ideação suicida, e suicídio consumado. Igualmente, num dos extremos tem-se a imaginação suicida (pensamentos, imaginações, idealização e vontade de se matar) e, no outro, o suicídio consumado, com a tentativa de suicídio entre estes.<sup>11</sup>

Apesar de todas as dificuldades existentes relativas à temática do suicídio sempre é importante lembrar que ações no âmbito social, familiar, profissional devem se direcionar em favor da saúde mental dos indivíduos, procurando, através de atitudes acolhedoras, proporcionar atenção, interesse e preocupação, de modo a fomentar a manutenção de sentimentos de esperança e oferecer orientação criteriosa ao atuar como um canal de comunicação entre o indivíduo e seu entorno.<sup>12</sup>

Nesta perspectiva, compreendendo aos altos índices de casos apresentados pela literatura, pela complexidade em abordar a temática que se apresenta ainda temida por muitos e pela necessidade de orientação aos profissionais e futuros profissionais da área da saúde, justifica-se a importância deste trabalho.

Objetivou-se evidenciar os fatores que contribuí para o suicídio, apontar a relação existente entre suicídio, depressão e desesperança e por fim, alistar as possíveis intervenções do profissional psicólogo diante do suicídio.

## 2. MATERIAIS E MÉTODOS

Esta pesquisa apresenta-se como uma revisão bibliográfica do tipo qualitativa exploratória com objetivo de ter uma visão centrada na intervenção psicológica em casos de luto por suicídio.

Os critérios de inclusão utilizados foram livros e artigos científicos publicados entre os anos de 1969 e 2017, em plataformas de acesso gratuito, como Google Acadêmico, SciELO e Lilacs. Foram excluídos artigos que fugissem ao tema proposto e escritos em línguas estrangeiras.

Para seleção dos artigos foram utilizadas as palavras-chave: Depressão; Suicídio; Morte; Saúde pública. Após seleção dos artigos, as informações foram analisadas e sintetizadas para melhor compreensão a avaliação. Posteriormente, as mesmas foram discutidas e apresentadas em forma de texto, facilitando a análise crítica e alcance dos objetivos propostos.

## 3. DESENVOLVIMENTO

### CAUSAS DO SUICÍDIO

O ato de exterminar a própria vida é avaliado como uma tragédia pessoal e familiar que causa amargura naqueles que residem e se relacionam com a vítima. É complexo esclarecer por que uma pessoa almeja acabar com sua vida, enquanto outras, em circunstâncias parecidas, não o fazem.<sup>5</sup> Hipoteticamente, os atos autodestrutivos permanecem agregados à insuficiência do indivíduo de achar escolhas para seus problemas, escolhendo por sua morte.<sup>13</sup>

Os fatores psicossociais, as doenças biológicas, crônicas, os transtornos psiquiátricos, a história genética e familiar, e a personalidade são variáveis de extrema importância no contexto do comportamento suicida.<sup>11</sup>

O suicídio, dessa forma, é analisado como desfecho de um fato complexo e multidimensional, e decorrente da interação de distintos fatores.<sup>14</sup> É consensual entre os pesquisadores em suicidologia a conhecimento de que não há um fator exclusivo adequado de responder pela tentativa ou pelo suicídio propriamente dito. Inversamente, os fatores que disputam para este acontecimento ocorrem em conjunto.<sup>15</sup> Dentre os fatores de risco extensamente pesquisados na literatura internacional destacam-se tentativas prévias de suicídio, fatores genéticos, suporte social e familiar e psicopatologia.<sup>16-17</sup>

Werlang<sup>18</sup> apoia que o plano suicida e a depressão são alguns dos preditores para o risco de suicídio e que ainda é preciso se familiarizar com os fatores de assistência do comportamento arruinar-se.

Todo aviso de uma pessoa em situação de vulnerabilidade para o suicídio deve ser levada a sério, mesmo quando pareça falsa ou de caráter manipulador. A multiplicação de tentativas é um identificador de risco para a consumação do suicídio.<sup>19</sup> O risco de matar-se depois de uma tentativa deliberada de autoagressão é muito maior do que na população geral.

## INCIDÊNCIA

Em abrangência dos termos epidemiológicos, o suicídio alcança, mundialmente, a todo ano, índices de 16 mortes em 100.000 habitantes, o que representa uma morte a cada 40 segundos. Estando entre as dez principais causas de morte em todo o planeta, para todas as faixas etárias, e entre as três principais em jovens com idade entre 15 e 34 anos.<sup>5</sup>

Em relação ao gênero, as mulheres são três vezes mais tendentes a tentarem o suicídio do que os homens, apesar que os homens sejam três vezes mais propensos a serem bem sucedidos em suas tentativas.<sup>20</sup> A causa para essa contestação ainda não está bem resolvida, mas acredita-se que isso se deva ao fato de as mulheres serem mais predispostas a sofrerem de depressão do que os homens, reconhecendo-se, assim, o enorme papel desempenhado por essa patologia frente aos atos suicidas. Entretanto, outra suposição também é destacada para esclarecer essa diferença entre homens e mulheres: os homens usam técnicas mais violentas como armas de fogo, jogar-se de

altura, ou arma branca. Já as mulheres: cortes dos punhos, overdose, ingestão de medicamentos, o que aumenta, assim, as chances de as tentativas serem bem-sucedidas.

Oficialmente registrado no país, no ano de 2011 existiram 9.852 suicídios, o que representa, em média, 27 mortes por dia.<sup>21</sup> Sendo que enquanto a população elevou numa porcentagem 17,8% entre 1998 e 2008, o número de óbitos por suicídios cresceu 33,5%.<sup>22</sup>

No Brasil, 24 pessoas falecem diariamente por suicídio, sendo que esse conhecimento acaba por não ser divulgado. Dessa forma, o choque do suicídio é obscurecido pelos homicídios e pelos acidentes de trânsito, que exageram em seis e quatro vezes, em média e simultaneamente, o número de suicídios.<sup>23</sup>

Em comparação, os índices de morte por suicídio são iguais aos de guerras e homicídios, e quase o dobro dos de categorias como diabetes. Além do crescente avanço de mortes por suicídio, as tentativas de suicídio são ainda mais prevalentes. Avaliar-se que estas sejam cerca de 20 vezes mais frequentes que os casos consumados na população geral.<sup>24-25</sup> Portanto, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS)<sup>26</sup> estima-se que em 2020 o suicídio alcançará uma quantia de 2,4% da população mundial.

O percentual mundial de suicídio, segundo dados da OMS<sup>15</sup>, é aferida em torno de 16 por 100 mil habitantes, com variantes conforme sexo, idade e país. Ao referir a tal assunto, ressalta um aumento de 60% nos índices de suicídio nas últimas décadas, considerando-se os dados do mundo inteiro.<sup>27</sup> Deste modo, a morte por suicídio passou a tomar o terceiro lugar entre as causas mais frequentes de morte na população de 15 a 44 anos, estando os jovens considerados como o grupo de maior risco.

## DEPRESSÃO

### *O que é*

A organização mundial de saúde afirma que depressão é um transtorno mental frequentemente descoberto na população geral, com perspectivas futuras de ser a principal causa de incompetência mental no mundo em 2030.<sup>28</sup> Considerando que de um modo geral, a enfermidade é considerada como um conjunto de síndromes psicológicas e fisiológicas, que podem se mostrar-se de forma episódica ou contínua, com amplitude que varia de leve a severa.<sup>29</sup>

Reforçando ainda sobre o assunto os dados da Organização Mundial de Saúde (OMS) de 2014, sustenta que a depressão se estabeleceu como um dos transtornos mentais de maior prevalência na população mundial, chegando cerca de 350 milhões de pessoas.<sup>30</sup>

O transtorno depressivo se distingue como uma confusão mental que danifica o relacionamento do indivíduo com o ambiente em diferentes âmbitos, como trabalho, família, e a comunidade, estabelecendo-se como um grave problema de saúde pública.<sup>31</sup>

Conforme Máximo<sup>32</sup>:

Algumas pesquisas epidemiológicas têm sido realizadas no Brasil a respeito da depressão que apontam os seguintes aspectos em relação à sua prevalência: é duas vezes mais frequente em mulheres do que em homens; parece não haver diferenças significativas entre os sexos quanto ao início da depressão, que tem sido em torno de 24 anos de idade; independente do sexo, a depressão costuma ser mais prevalente entre os indivíduos de menor renda, com menor escolaridade, desempregados e que passaram por separação conjugal recente; o stress associado a esses eventos tem sido colocado como um de seus desencadeantes.

A depressão é uma perturbação secular, têm registros históricos que revela a presença de indícios melancólicos há mais de 400 anos A.C.<sup>33</sup> A depressão possui os seus sintomas clássicos: visão negativa de si e do mundo, alterações no apetite, sono, ânimo, libido, e sentimento de tristeza, entre outros. Entendendo que esses sintomas são bem democráticos.<sup>34</sup> Embora a bibliografia indique fatores integrados de prevalência como nível social, sexo, e estado civil, o que significaria um “público alvo”, os sintomas depressivos, ainda alcançam pessoas de qualquer idade, sexo, estado civil, e crença.

Apesar de acontecer em episódios, de longa ou curta permanência, ou apenas uma vez na vida de uma pessoa, a depressão é atendida como uma doença crônica, mais incapacitante que doenças como insuficiência cardíaca, ou diabetes.<sup>35</sup>

### *Causas da depressão*

Conforme a OMS, desde a década de 1990, a depressão vem tomando uma posição de ênfase no rol dos problemas de saúde coletiva, sendo analisada a quarta doença mais onerosa de todas as enfermidades em todo o mundo. Tem uma prevalência de 17%, e atinge crianças, adultos, ou idosos em algum período de suas vidas. Destacando que a um estimativa que até 2030 a depressão será a doença mais comum

do mundo, comprometendo mais pessoas do que qualquer outro problema de saúde, incluindo câncer e doenças cardíacas.<sup>36</sup> Ainda nesta mesma linha de pensamento, estima-se que a depressão vá atingir 350 milhões de pessoas em todo o mundo.<sup>37</sup>

Considera-se que a depressão pode se aparecer em diversos quadros clínicos, como transtorno de estresse pós-traumático (TEPT), no uso de entorpecentes, álcool, doenças clínicas, em alguns tipos de demências, na esquizofrenia, podendo ainda ocorrer como resposta a situações estressantes, ou a circunstâncias sociais e econômicas adversas.<sup>38</sup> Apesar dos predicados mais típicos da depressão ser a angústia, nem todos os doentes dizem a sensação subjetiva de tristeza, muitos contam a falta de empenho em algumas atividades que lhe davam muito distração.<sup>34</sup>

Os sintomas psíquicos são: redução da capacidade de experimentar prazer na maior parte das atividades, antes considerada como agradáveis; fadiga ou perda de energia; humor depressivo; diminuição da capacidade de pensar, de se concentrar ou de tomar decisões. Os sintomas fisiológicos mais frequentes são: alterações do apetite; sono; e redução do interesse sexual. As ênfases comportamentais são crises de choro; retraimento social; retardo psicomotor; agitação psicomotora; lentificação generalizada; comportamentos suicidas entre outras.<sup>38</sup>

## SUICÍDIO X DEPRESSÃO X DESESPERANÇA

Apontando para uma relação estreita entre a depressão e o suicídio, a conduta suicida pode ser considerada como um dos sintomas do transtorno depressivo.<sup>39</sup> A conduta suicida é assinalada como desejo ou ato que tem como objetivo gerar dano para o próprio sujeito, a preocupação, sendo que os desejos suicidas, as ideias (ideação suicida), os condutas suicidas sem morte ou até mesmo os suicídios que foram consumados fazem parte deste quesito. Também considerando que a depressão surge como resultante de uma inibição global da pessoa e atinge a função da mente, transforma a maneira como a pessoa vê o mundo, sente a realidade, entende as coisas e revela seus sentimentos. Acerca disso, Camon<sup>40</sup> considera a depressão uma doença do organismo como um todo, que compromete o ser humano na sua totalidade, sem afastamento entre o psíquico, o social e o físico. Nesta mesma linha de pensamento segundo Coutinho e Saldanha<sup>41</sup> a sua manifestação acaba por se pensar no relacionamento interpessoal, especialmente na estrutura familiar, e vem importunar, muitas vezes, situações de conflito e incompreensão.

Os sinais depressivos mais agregados ao suicídio dizem respeito aos sentimentos de desesperança e à incapacidade de enfrentar e resolver problemas, e ao severo prejuízo da autoestima.<sup>42</sup> Frisando que esses sinais podem não estar presentes no início do quadro, mas à medida que a depressão vai se tornando mais grave, a baixa da autoestima vai agravando, vão aparecendo emoções de inutilidade e, progressivamente, o indivíduo vai ficando sem esperança.

As pessoas desesperançadas creem que nada sairá bem para elas, que nunca terão vitória no que tentarem fazer, que suas metas importantes jamais poderão ser conseguidas e que seus piores problemas nunca serão resolvidos.<sup>43</sup> O desânimo está associado à vulnerabilidade para transtornos mentais, pois o indivíduo com anseio de desânimo mostrará características pessimistas em relação a si e ao mundo externo, apatia e conseqüente risco para estado de renúncia e comportamento suicida.<sup>44-45</sup>

A desesperança e o pessimismo estão geralmente associados.<sup>46</sup> Pessoas que pensam negativamente têm uma disposição a acreditar que os problemas durarão para sempre e definirão sua vida, que desenvolvem condutas passivas diante das situações e por isso ficam a um passo da depressão. No fato dos portadores de doença crônica haverá repetidamente o enfrentamento da fadiga, da dor, a necessidade de conservar razoável estabilização emocional e boa autoimagem, fatores que precisam de bom ajustamento e resiliência, uma vez que os pacientes necessitarão acreditar em si e em sua rede social, precisando desenvolver capacidades exclusivas de enfrentamento, excitar e manter ideias positivas para lidar com a doença de um modo aceitável e menos dolorido.

Figueiredo e Vaisberg<sup>47</sup> assinalam para o distanciamento e fragilidade dos ligamentos familiares e comunitários vividos nos dias de hoje e advertem que a busca por um companheiro e pelo amor podem estar intensamente incluídos ao desejo de aceitar um vínculo verdadeiro e significativo com o outro, derivando em esperança latente. Sem vínculos afetuosos a vida torna-se insossa, daí a verdadeira importância dos laços e do apoio familiar nas ocasiões de maior medo, fraqueza e dúvida. Salvo que o suicídio é um ato complicado e multifatorial, cada caso deve receber intervenção específica. Um evento estressor pode acender condutas suicidas.<sup>48</sup>

Portanto é indispensável entender e acolher efetivamente os casos de tentativas de suicídio não devendo ser supervalorizar nem os desvalorizar.<sup>49</sup> No que diz respeito ao nível de autodestrutividade, como há grande probabilidade do suicídio se concretizar, é



merecedor o trabalho de uma equipe multiprofissional (Médico, Psicólogo, Terapeuta de família) e do grupo familiar.

## TÉNICAS DE INTERVENÇÃO PSICOLÓGICA COM PACIENTES SUICIDAS E SUAS FAMILIAS

Em ocasiões que envolvem o comportamento de matar-se, as intervenções consistem também em ouvir atentamente, sem modular as emoções e ideias das pessoas que tentaram ou têm ideação suicida. É importante que o profissional repasse segurança a elas, as acalme e colabore para que reflitam e verbalizem sobre a vontade de colocar sua própria vida em risco e o anseio de morrer.<sup>50</sup>

Mais a frente disso, os cuidados se voltam à avaliação do estado emocional e do risco para o suicídio proporcionado pela pessoa, o que, por conseguinte, implicará na adoção de medidas de prudência no sentido de evitar tentativas de suicídio. Embora, atos com vistas a cuidar dos aspectos físicos que podem estar comprometidos em decorrência da tentativa de suicídio também são necessários.<sup>51</sup>

A família tem função relevante no apoio ao sujeito como fonte de esclarecimentos e informações referentes à tentativa de suicídio, visando um direcionamento do cuidado pelo grupo que presta assistência à saúde.<sup>50</sup> Então, Buriola<sup>52</sup> lembra a importância da ajuda às famílias que vivenciam o comportamento suicida de um dos seus integrantes.

O acompanhamento se faz necessário para o paciente com ideação suicida como também para seus familiares ou acompanhantes, pois a falta de informações a respeito do risco de ocorrer uma nova tentativa e também, a importância de verificar condutas que podem ser destrutivas como ideias de autopunição, isolamento social, tristeza acentuada, desesperança e verbalizações sobre o desejo de morrer, são fatores que podem levar o sujeito a efetivação do suicídio ou a uma nova tentativa.<sup>53</sup>

A subjetividade e a história precisa ser entendida, o motivo que desencadeou a ação, avaliando que a morte para a maioria dos indivíduos é temida, porém para outros, pode surgir em sua história como um fim para o angústia para o qual não havia mais saída, sendo um alívio ou um ato de desesperança e insanidade momentânea.<sup>54-55</sup>

A partir disso é preciso avaliar o nível de intenção que havia no sujeito para levá-lo a tentativa, ideação ou conclusão do ato.<sup>53</sup> Ressaltam que em alguns casos a identificação do desejo de viver ou morrer se torna difícil de ser concretizado, sendo comum a ambivalência de sentimentos.

De forma generalizada, a terapia cognitiva-comportamental (TCC), tem como objetivo indicar modificações no pensamento disfuncional do paciente e em suas crenças básicas, englobando a maneira como o paciente vê o mundo e como se vê, e as pessoas ao seu redor, pois assim que os indivíduos aprendem a identificar e julgar seu pensamento de maneira realista e se dispõem a mudanças conseguem obter melhoras.<sup>56</sup> Compreende-se que a TCC é como uma abordagem estruturada, focal, diretiva e ativa, que tem efeito no tratamento de vários transtornos psiquiátricos. Esse enfoque se debruça sobre o pressuposto de que o afeto e a conduta de uma pessoa são influenciados pela maneira como ela entende o mundo.<sup>57</sup>

No entanto, déficits cognitivos individuais podem ser avaliados como fatores de risco ao acréscimo do pensamento suicida.<sup>58</sup> A respeito disso, o matar-se tem como déficit cognitivo básico, o baixo desenvolvimento de capacidades para resolução de dificuldades, o que acrescenta a chance de fracasso, já que não conseguem identificar com clareza os problemas, esquematizar metas ou idealizar alternativas, além da desmotivação depressiva, gerando assim um anseio de frustração, levando-o a acreditar que a única solução é a morte.<sup>59</sup>

Corroborando, Canfield<sup>60</sup> por sua vez aponta que a TCC utiliza-se de técnicas que visam modificar-se essas crenças disfuncionais, e estes pensamentos fazendo com que o sujeito identifique escolhas de resolução de problemas, treine suas capacidades e faça adaptações. O mesmo autor cita técnicas possíveis de aplicação, tais como: relaxamento, a dessensibilização sistemática e a reestruturação cognitiva. Acreditando e reafirmando que as ideações suicidas podem ser causadas por distorções cognitivas e pensamentos disfuncionais que geram anseios contrários, as práticas da TCC nestes casos, devem ter por objetivo a alteração destes pensamentos através da percepção e desenvolvimento de habilidades do sujeito, no enfrentamento de dificuldades e ocasiões, trabalhando de maneira mais racional e realista.

Uma das maneiras de auxiliar o paciente a refletir e agir de forma mais adaptativa e funcional, pode ser através de um treino de capacidades e resolução de problemas, pois o terapeuta deve estimular o paciente a apresentar os problemas que enfrenta em seu dia-a-dia e que lhe causam sofrimento, buscando soluções possíveis, por exemplo, do questionamento sobre como ele advertiria alguém ao agir diante daquela ocorrência, ou ainda dando potenciais saídas como forma de estimular seu pensamento.<sup>56</sup>

A prática da TCC avalia que as consequências comportamentais dos processos cognitivos disfuncionais influenciam no apoio ao tratamento, e portanto é fundamental

para o terapeuta distinguir as premissas básicas de suas técnicas, a fim de direcionar o cura conforme necessidade de cada indivíduo.<sup>60</sup> A ação terapêutica da TCC com o paciente com pensamentos suicidas tem similaridades com o processo terapêutico da TCC para pacientes, com transtornos de ansiedade, com depressão com transtornos de dependência de substância, e diversos outros.<sup>53</sup>

A prática da terapia cognitiva comportamental (TCC) procura a redução de prováveis atos suicidas, que pode ser conquistada a partir de algumas estratégias e técnicas: incentivo ao paciente à busca pelos tratamentos psiquiátricos; busca de ferramentas cognitivas para identificar razões para viver e promover esperança; treino de habilidades para resolução de problemas; promoção de estratégias que ampliem a ligação do paciente com suas redes sociais de apoio, e serviço social concomitante ao procedimento psicoterapêutico.<sup>53,61</sup>

Considerando estudos mencionados, os mesmos autores afirmam a importância de trabalhar, logo na fase inicial do tratamento, o engajamento do doente no processo terapêutico, ponderar os riscos de condutas suicidas, e desenvolver planos para trabalhar possíveis fatores que podem desencadear crises e atribuir esperança para o paciente.<sup>53,61</sup>

É importante avaliar o risco de suicídio não somente na fase inicial, mas também posteriormente.<sup>62</sup> Dentre os principais riscos, estão: abuso físico ou sexual; vulnerabilidades psíquicas, ideação suicida. Faz-se necessário avaliar e monitorar o diagnóstico clínico geral e psiquiátrico; a desesperança; fatores psicossociais; e história de perdas do paciente.

Existem alguns instrumentos utilizados para mensurar fatores relacionados à pensamento suicida e aos atos suicidas, dentre eles o intuito associado a uma tentativa anterior, a letalidade de uma tentativa anterior e a severidade da ideia.<sup>53</sup> Porém esses elementos foram primordialmente usados em contextos de pesquisa, mas hoje os terapeutas cognitivos os utilizam com intenção de complementação da avaliação diagnóstica.

A escala de desesperança foi desenvolvida por Beck et al.<sup>57</sup>, que atualmente é padronizada e regularizada no Brasil (Conselho Federal de Psicologia-CFP).<sup>63</sup> Composta por 20 itens que pode ser aplicada ao paciente com intentos suicidas no começo de cada sessão de psicoterapia, pois aponta o risco suicida atual da pessoa.<sup>57</sup>

A intensidade de comportamentos atuais, atitudes e planos do paciente em relação ao ato suicida é concluída pela Escala de Ideação Suicida, que é composta por 21 itens e

requer a classificação do indivíduo em uma escala de quatro pontos dos seus sintomas depressivos ao longo da semana anterior.<sup>64</sup>

Pessoas que já tentaram ao menos uma vez o suicídio pode utilizar a Escala de Intenção Suicida pois mensura a seriedade do intuito de cometer o suicídio. Sendo composta por 20 itens que quantificam a conduta verbal e não verbal do indivíduo antes e durante a tentativa de suicídio mais atual. O Inventário de Depressão de Beck avalia pensamentos e desejos suicidas.<sup>53</sup>

As estratégias comportamentais, afetivas e cognitivas deve ser proporcionado ao paciente para lidar com a imaginação suicida e reduzir ou cessar a probabilidade de futuras tentativas de suicídio, não deixando de alcançar uma revisão dos planos de segurança que o paciente tem para encarar as tensões suicidas.<sup>53</sup>

Outro aspecto levantado é do fato de que, nas estratégias cognitivas, é indispensável proporcionar o desenvolvimento de desenvolturas para que o paciente identifique crenças negativas e pensamentos, e compreenda como tais cognições comprometem sentimentos e condutas.<sup>53</sup> Estimular o uso de advertências que contenham conteúdos que evidenciem razões para viver, torna-se importante para consulta em momentos de crise, ou itens que auxiliem a lidar com o desânimo ou ideação suicida, resgatando pensamentos adaptativos durante o conflito.

É por meio de modos que tenham caráter acolhedor que se torna possível adequar preocupação, atenção, e interesse, que excitam o sentimento de esperança no indivíduo.<sup>19</sup>

Vale notar as atuações que amparam com cautela do comportamento suicida tendem à promoção da saúde mental, como grupos de autoajuda e a criação de condições psicossociais que estimulem a conhecimento da comunidade por meio de atividades educativas que juntem socialmente os indivíduos, gerando um estilo de vida proveitosa.<sup>65</sup>

Medicações podem auxiliar nos casos de suicídio ou ser um fator agravante, como a morte causada pelo consumo de vários comprimidos ao mesmo tempo.<sup>54</sup> Neste sentido, o paciente com histórico de tentativa de suicídio precisa de alguma pessoa para acreditar, por isso o vínculo com o terapeuta é importante.<sup>66</sup> Considerando que a ação do profissional deve ser rodeada de cuidados, calma e segurança, o tratamento deve ser realizado de forma honesta, clara e aberta, o que facilita o diálogo sem interferências, gerando o estabelecimento da confiança, de modo que, em ocasiões de crise o paciente se sinta à vontade para entrar em relação com seus anseios e conflitos.

#### 4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir dos dados obtidos através deste estudo, foi possível constatar a complexidade do tema e a relevância da sua discussão, visto que os resultados apontam taxas alarmantes de suicídio devido à aspectos multifatoriais. Visto que os objetivos desta pesquisa foi compreender o comportamento suicida, para isto, necessitou-se contrapor o conceito de comportamento suicida, evidenciar os fatores que contribui para o suicídio, apontar a relação existente entre suicídio, depressão e desesperança e por fim, alistar as possíveis intervenções do profissional psicólogo diante do suicídio.

A presente pesquisa apresentou importantes contribuições para a compreensão deste processo. O indivíduo busca como solução o auto-aniquilamento, como a melhor solução para escapar de uma dor psicológica insuportável. As pessoas desesperançadas acreditam que nada sairá bem para elas, que nunca terão sucesso no que tentarem fazer, que suas metas importantes jamais poderão ser alcançadas e que seus piores problemas nunca serão solucionados.

Buscando entender o suicídio dentro da perspectiva dos comportamentos violentos, é possível defini-lo como a ação de um indivíduo, que ocasiona a sua própria morte ou afeta sua integridade física, moral, mental ou espiritual. Sobre sua etiologia, destacam os fatores psicossociais, as doenças crônicas, a biologia, a personalidade, os transtornos psiquiátricos e a história genética e familiar como de extrema importância.

Deve-se considerar a série de fatores que vão se acumulando na biografia da pessoa, tornando seu sofrimento insuportável e culminando no suicídio. Sendo assim, é recomendável o trabalho de uma equipe multiprofissional, preferencialmente envolvendo o grupo familiar.

Apesar de todas as dificuldades existentes relativas à temática do suicídio, valida-se que ações no âmbito social, familiar, profissional devem se direcionar em favor da saúde mental dos indivíduos, procurando, através de atitudes acolhedoras, proporcionar atenção, interesse e preocupação, de modo a fomentar a manutenção de sentimentos de esperança e oferecer orientação criteriosa ao atuar como um canal de comunicação entre o indivíduo e seu entorno.

Existem várias técnicas e intervenções possíveis de aplicação ao sujeito, como também o suporte de escalas validadas que avaliam e contribuem para compreensão a monitoramento dos comportamentos e das ideações suicidas, contudo, anteriormente, é

necessário compreender, por fim, que o suicídio é um ato individual, que a depressão é um fator de risco, mas não necessariamente a causa determinante para o suicídio (nem todas as pessoas diagnosticadas com depressão cometem suicídio), e que, majoritariamente, a desesperança do indivíduo é um disparo para o ato suicida na busca de resoluções ou aniquilamento não de sua própria pessoa, mas da angústia que o acorrenta e o acomete.

Ressalta-se que a desesperança é um critério diagnóstico para depressão. Que a depressão é um transtorno considerado fator de risco para o suicídio. Que as duas, desesperança e a depressão, isoladamente ou não, são fatores de risco, e por vezes, determinantes para o suicídio, podendo ser consideradas um gatilho para o fim do sofrimento, ou seja, **“a solução”**.

Neste sentido, enfatiza-se a necessidade do acompanhamento profissional especializado e preparado, que contribuem com atitudes éticas, efetivas, não julgativas, em defesa de uma real qualidade de vida. Estas são e continuarão sendo, certamente, de inestimável valor social, evitando assim que o suicídio não seja avaliado como a única solução para os problemas enfrentados pelos indivíduos, e por fim, sendo considerado pela sociedade um dos, ou **“o problema”**, que merece evidência, tanto em futuras pesquisas, quanto em ações e reformulações das políticas públicas que ainda se apresentam pouco eficazes.

## REFERÊNCIAS

1. Durkheim E. O suicídio: um estudo sociológico. Rio de Janeiro: Zahar; 2011.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Organização Pan-Americana de Saúde. Universidade Estadual de Campinas. Prevenção do suicídio: manual dirigido a profissionais de saúde mental. Brasília: BRASIL, OPAS, UNICAMP; 2006 [Acesso em 5 jun 2017]. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_editoracao.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_editoracao.pdf)
3. Shneidman ES, Farberow NL, Litman R. Taxonomía de la muerte: Punto de vista psicológico. In: Farberow NL, Shneidman ES (Eds.). Necesito ayuda! Un estudio sobre el suicidio y su prevención. México, DF: La Prensa Médica Mexicana; 1969.
4. Botega NJ. Suicídio e tentativa de suicídio. In: Lafer B, Almeida OP, Fráguas Jr. R, Miguel EC. Depressão no ciclo da vida. Porto Alegre: Artes Médicas; 2000. pp. 156-165
5. Organização Mundial da Saúde. Saúde mental: nova concepção, nova esperança [Internet]. Lisboa: OMS; 2002. 1ª ed. [acesso em 05 mai 2017]. Disponível em: [http://www.who.int/whr/2001/en/whr01\\_djmessage\\_po.pdf](http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_djmessage_po.pdf)

6. Garcia Falconi R. El suicidio adolescente: Un análisis de variables predictoras [Internet]. 2003 [acesso em 10 mar 2017]; 7:(1)1-9. Disponível em: <http://www.psiquiatria.com/depresion/el-suicidio-adolescente-un-analisis-de-variables-predictoras/#>
7. Hendin H. Psychodynamics of suicide, with particular reference to the young. *Am J Psychiatry* 1991;148(9):1150-1158.
8. Shneidman ES. This I believe. In: Sneiderman ES (Ed.). *Comprehending suicide: Landmarks in 20th century suicidology*. Washington, DC: American Psychological Association Books; 2001.
9. Minayo MCS, Souza ER. Violência e saúde como um campo interdisciplinar e de ação coletiva. *Hist cienc saude-Manguinhos* 1998;4(3):513-531.
10. Minghetti LR, Kanan LA. *Interfaces da Psicologia com o Risco de Suicídio*. Lages: UNIPLAC; 2010.
11. Maris RW, Bermann AL, Silverman MM. *Comprehensive textbook of suicidology*. New York, USA: The Guildford Press; 2000.
12. Botega NJ, Werlang BSG, Cais CFS, Macedo MMK. Prevenção do comportamento suicida. *Psico* 2006;37(3), 213-220.
13. Werlang BG, Botega NJ. A semi-structured interview for psychological autopsy in suicide cases. *Rev Bras Psiquiatr* 2003;25(4):212-219.
14. McGirr A, Renaud J, Seguin M, Alda M, Benkelfat C, Lesage A, Turecki G. An examination of DSM-IV depressive symptoms and risk for suicide completion in major depressive disorder: a psychological autopsy study. *J Affect Disord* 2007;97(1-3):203-9
15. Organização Mundial da Saúde. *Prevenção do suicídio: um manual para profissionais da mídia* [Internet]. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2000 [acesso em 30 mar 2017]. Disponível em: [http://www.who.int/mental\\_health/prevention/suicide/en/suicideprev\\_media\\_port.pdf](http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/en/suicideprev_media_port.pdf)
16. Brezo J, Barker ED, Paris J, Hébert M, Vitaro F, Tremblay RE, Turecki G. Childhood trajectories of anxiousness and disruptiveness as predictors of suicide attempts. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2008;162(11):1015-1021.
17. Dumais A, Lesage AD, Alda M, Rouleau G, Dumont M, Chawky N, Roy M, Mann JJ, Benkelfat C, Turecki G. Risk factors for suicide completion in major depression: a case-control study of impulsive and aggressive behaviors in men. *Am J Psychiatry* 2005;162(11):2116-24.
18. Werlang BSG, Borges VR, Fensterseifer L. Fatores de risco ou proteção para a presença de ideação suicida na adolescência. *R interam Psicol* 2005;39(2):259-266.

19. Botega NJ, Mauro MLF, Cais CFS. Estudo multicêntrico de intervenção no comportamento suicida: Supre-Miss. In: Organização Mundial da Saúde. Comportamento suicida. Porto Alegre: Artmed, 2004.
20. Holmes DS. Psicologia: transtornos mentais. Porto alegre: Artes Médicas: 2001.
21. Botega, NJ. Comportamento suicida: epidemiologia. *Psicol USP* 2014;25(3):231-236.
22. Marín-León L, Oliveira HB, Botega NJ. Suicide in Brazil, 2004–2010: The importance of small counties. *Rev Panam Salud Publica* 2012;32(5):351-359.
23. Chachamovich E, Stefanello S, Botega N, Turecki G. Quais são os recentes achados clínicos sobre a associação entre depressão e suicídio? *Rev Bras Psiquiatr* 2009; 31(suppl.1):S18-S25.
24. Cutcliffe JR. Research endeavours into suicide: a need to shift the emphasis. *Br J Nurs* 2003;12(2):92-99.
25. Blackmore ER, Munce S, Weller I, Zagorski B, Stansfeld SA, Stewart DE, Caine ED, Conwell Y. Psychosocial and clinical correlates of suicidal acts: results from a national population survey. *Br J Psychiatry* 2008;192(4):279-84.
26. Ministério da Saúde-Brasil, Organização Pan-Americana de Saúde, Universidade Estadual de Campinas. Prevenção do suicídio: manual dirigido a profissionais de saúde mental. Brasília: BRASIL, OPAS, UNICAMP; 2006 [Acesso em 5 jun 2017]. Disponível em: [http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_editoracao.pdf](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_editoracao.pdf)
27. Prieto D, Tavares M. Fatores de risco para o suicídio *Psychiatry. J bras psiquiatr* 2005;54(2):146-154.
28. World Federation for Mental Health. Depression: A global crisis [internet]. Occoquan: World Federation for Mental Health; 2012 [acesso em 16 abr 2017]. Disponível em: [http://www.who.int/mental\\_health/management/depression/wfmh\\_paper\\_depression\\_wmhd\\_2012.pdf](http://www.who.int/mental_health/management/depression/wfmh_paper_depression_wmhd_2012.pdf)
29. Wilkinson, P. Conceptualization about internalizing problems in children and adolescents. *Ciênc saúde coletiva* 2009;14(2), 373-381.
30. Munhoz T, Nunes BP, Wehrmeister FC, Santos IS, Matijasevich A. A nationwide population-based study of depression in Brazil *J Affect Disord* 2016;(192):226-33.
31. Martin D, Quirino J, Mari J. Depressão entre mulheres de periferia de São Paulo. *Rev Saúde Públ* 2007;41(4):591-597.
32. Máximo GC. Aspectos sociodemográficos da depressão e utilização de serviços de saúde no Brasil. Belo Horizonte. Tese [doutorado em Demografia] - Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional, Universidade Federal de Minas Gerais; 2010.



33. Pereira DF. As fronteiras da depressão: um possível diálogo de Freud e Beck [internet]. Psicologia.pt 2016 [acesso em 05 mar 2017]. Disponível em: <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0979.pdf>.
34. Pereira, DF. Relação entre atividade física e depressão em idosos: uma revisão de literatura. Revista Corpoconsciência 2017;20(3)22-28.
35. Versiani M. Depressão: uma doença crônica. Revista Ciência Hoje/Psiquiatria 2004;34(201), 34-37.
36. Semedo DC, Ventura J, Paula SF, Silva MRS, Pelzer MT. Fatores associados a depressão e os cuidados de enfermagem no idoso. Rev Enferm (Frederico Westphalen, Online) 2017;12(12):100-113.
37. Chen CY, Liu CY, Liang H. Comparison of patient and caregiver assessments of depressive symptoms in elderly patients with depression. Psychiatry Res 2009;166(1):69-75.
38. Del Porto JA. Conceito e diagnóstico. Rev Bras Psiquiatr 1999;21(1):6-11.
39. Vieira KFL, Coutinho MPL. Representações sociais da depressão e do suicídio elaboradas por estudantes de psicologia. Psicol cienc prof 2008;28 (4):714-727.
40. Camon VA. Depressão e psicossomática. São Paulo: Pioneira Thompson Learning; 2001.
41. Coutinho MPL, Saldanha AAW. Representações sociais e práticas de pesquisa. João Pessoa: Editora Universitária / UFPB; 2005.
42. Ballone GJ [homepage na Internet]. Suicídio na adolescência [acesso em 02 mai 2017]. Disponível em: <http://www.psiqweb.med.br/site/DefaultLimpo.aspx?area=NO/LerNoticia&idNoticia=145>
43. Beck AT. Manual da versão em português das Escalas de Beck (JA. Cunha, Trans.). São Paulo: Casa do Psicólogo; 2001.
44. Cunha JA. Manual da versão em português das Escalas Beck. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2001.
45. Zimerman D. Vocabulário contemporâneo de Psicanálise. Porto Alegre: Artmed; 2001.
46. Teixeira MA. Soropositividade de mulheres para os vírus HIV e HTLV: significados do contágio do leite materno. Salvador. Tese [doutorado em Enfermagem] - Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia; 2009.
47. Figueiredo P, Vaisberg TMJA. Ter amor e outros campos: Estudo Psicanalítico da (Des) Esperança em Canções de Chico Buarque de Hollanda. In: Anais da XI Jornada Apoiar;

- 2013 set 24-25; São Paulo, Brasil. São Paulo: Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo; 2013. p. 207-216.
48. Mann JJ. A current perspective of suicide and attempted suicide. *Ann Intern Med* 2002; 136(4):302-11.
49. Bastos RL. Suicídios, psicologia e vínculos: uma leitura psicossocial. *Psicol USP* 2009;20(1):67-92.
50. Bertolote JM, Mello-Santos C, Botega NJ. Detecção do risco de suicídio nos serviços de emergência psiquiátrica. *Rev Bras Psiquiatr* 2010;32(Supl 2):S87-S95.
51. Rodrigues AA, Kapczinski F. Risco de suicídio. In: Quevedo J, Carvalho AF (orgs). *Emergências psiquiátricas*. 3ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2014.
52. Buriola AA, Arnauts I, Decesaro MN, Oliveira MLF, Marcon SS. Assistência de enfermagem às famílias de indivíduos que tentaram suicídio. *Esc Anna Nery* 2011;15(4):710-716.
53. Wenzel A, Brown GK, Beck AT. Classificação e Avaliação da ideação suicida e dos atos suicidas. In: *Terapia Cognitivo Comportamental para pacientes suicidas*. Porto Alegre: Artmed; 2010. p. 19 - 21.
54. Moreira LCO, Bastos PRHO. Prevalência e fatores associados à ideação suicida na adolescência: revisão de literatura- artigo. *Psicol Esc Educ* 2015; 19(3):445-453.
55. Wang YP, Ramadam ZBA. Aspectos Psicológicos do suicídio. In: Meleiro AMAS, Teng CT, Wang YP. *Suicídio: Estudos Fundamentais*. São Paulo: Segmento Farma; 2004.
56. Beck J. *Terapia Cognitivo - Comportamental: Teoria e Prática*. Porto Alegre. Artmed; 2013. p. 21-23.
57. Beck JS. *Terapia cognitiva: Teoria e prática*. Porto Alegre: Artmed; 1997.
58. Organização Mundial da Saúde. *Prevenção do suicídio: manual para professores e educadores* [Internet]. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2000 [acesso em 30 mar 2017]. Disponível em: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/66801/5/WHO\\_MNH\\_MBD\\_00.3\\_por.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/66801/5/WHO_MNH_MBD_00.3_por.pdf)
59. Serra AM. *Intervenção em Crise: Depressão e Suicídio* [internet]. São Paulo: Instituto de Terapia Cognitiva; 2016 [acesso em 02 mai 2017]. Disponível em: [http://www.itcbr.com/hotsite/pdf/terapiacognitiva\\_mod3.pdf](http://www.itcbr.com/hotsite/pdf/terapiacognitiva_mod3.pdf)
60. Canfield J. *A terapia cognitivo-comportamental e o suicídio. Quais as possibilidades de tratamento?* São Paulo. Monografia [Especialização em em Terapia Cognitivo-Comportamental] - Centro de Estudos em Terapia Cognitivo-Comportamental – CETCC; 2015.

61. Henriques G, Beck AT, Brown GK. Cognitive therapy for adolescent and young adult suicide attempters. *Am Behav Sci* 2003;46(1):1258-1268.
62. Marback RF, Pelisoli C. Terapia cognitivo-comportamental no manejo da desesperança e pensamentos suicidas. *Rev bras ter cogn* 2014;10(2):122-129.
63. Conselho Federal de Psicologia-CFP. Sistema de Avaliação de Testes Psicológicos (SATEPSI) [Internet]; 2014 [acesso em 21 mar 2017]. Disponível em: <http://www.satepsi.cfp.org.br/listaTeste.cfm>
64. Weishaar ME. Fatores cognitivos de risco para o suicídio. In P.Salkovskis, *Fronteiras da terapia cognitiva*. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2004.
65. Reyes WG. La promocion de salud ante el suicídio. *Rev Cubana Med Gen Integr* 2002;18(1):33-45.
66. Santos ABB. A primeira hora: as dificuldades e desafios dos profissionais de psicologia em tratar e compreender pacientes com ideação ou tentativa de suicídio. São Paulo. Dissertação [Mestrado em Psicologia] - Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo; 2007.