

A TERAPIA COGNITIVO COMPORTAMENTAL COMO TRATAMENTO PARA O PACIENTE SUICIDA

Antônio Martins Vieira e Silva Junior¹ | Francisco Doonon Vieira Franco²

RESUMO

O suicídio é um problema de saúde pública mundial segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), sendo caracterizado por um ato de violência auto-dirigido com intenção de extinguir a própria vida. Pessoas com transtornos psiquiátricos ou que passam por algum evento estressante, como o diagnóstico de doenças crônicas graves ou terminais, podem desenvolver ideação suicida. A Terapia Cognitivo Comportamental (TCC) é considerada uma forma eficiente de tratamento de transtornos psiquiátricos e poderia ajudar essa população de pacientes. O objetivo dessa pesquisa foi avaliar a TCC como tratamento para pacientes suicidas. Para isso foi realizada uma revisão bibliográfica de artigos publicados entre os anos de 2006 e 2016 disponíveis online nas plataformas Pubmed e Scielo. A pesquisa apontou resultados promissores, mas o número reduzido de estudos clínicos e as amostras serem limitadas a populações específicas evidenciam a necessidade de mais pesquisas para aprofundar o tema.

PALAVRAS-CHAVE

Suicídio. Terapia Cognitivo-Comportamental. TCC.

ABSTRACT

Suicide is a global public health problem according World Health Organization (WHO). It is characterized by the act of self-directed violence intended to die. People with psychiatric disorders or experiencing stressful events, such as diagnosing of severe chronic illness, may develop suicidal ideation. Cognitive Behavioral Therapy (CBT) is an efficient way of treating psychiatric disorders and could help these patients. The objective of this study was to evaluate the effectiveness of CBT as treatment for suicidal patients. For this purpose, it was conducted a bibliographic review of articles published between 2006 and 2016 available online on Pubmed and Scielo platforms. The research showed promising results, but the reduced number of researches and samples based on specific populations made the result inconclusive, so at the end it was concluded that the research objective was only partially achieved.

KEYWORDS

Suicide. Cognitive behavioral therapy. CBT.

INTRODUÇÃO

O suicídio é um fenômeno presente ao longo da história e possui significados diferentes a depender da cultura e época (BOTEGA, 2015), sendo caracterizado como um fenômeno complexo de etiologia multi-causal com origem na combinação entre fatores biológicos, culturais, psicológicos e sociais (MINAYO; CAVALCANTE; SOUZA, 2006).

Trata-se de um problema de saúde pública mundial, tendo em vista as altas taxas reportadas anualmente (OMS, 2016) e o aumento de casos nos últimos anos no Brasil e no mundo (LOVISI et al., 2009; GUTIERREZ, 2014).

Mesmo sendo um problema grave e potencialmente fatal, existem poucas pesquisas baseadas em evidências voltadas a validar tratamentos eficazes para o paciente suicida (RUDD, 2006; WENZEL; BROWN; BECK, 2010), levando, assim, o clínico a escolher um tratamento baseado na

sua experiência, preferência ou intuição em vez de procedimentos empiricamente validados (BRYAN et al., 2015), podendo, com isso, levar riscos ao paciente.

A Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) foi iniciada por Aaron T. Beck e possui sólida base de pesquisas demonstrando eficiência no tratamento de diversos transtornos psiquiátricos (OLIVEIRA; ANDRETTA et al., 2012), como “depressão, ansiedade, transtornos de personalidade, esquizofrenia, entre outros” (RANGÉ et al., 2011, p. 23).

Para essa abordagem, a interpretação distorcida da realidade, e não na realidade em si, estaria relacionada à origem do sofrimento psíquico, propondo, assim, um modelo onde o comportamento é influenciado pelas cognições (BECK et al., 1997) e os julgamentos, crenças e pensamentos disfuncionais seriam centrais aos transtornos mentais (KNAPP et al., 2007).

O modelo cognitivo do suicídio teoriza a origem do comportamento na ativação de esquemas disfuncionais relacionados ao suicídio a partir de eventos estressores, onde deficit de repertório em resolução de problemas, desesperança e impulsividade influenciariam na ideação e tentativas (RUDD, 2004; WENZEL; BROWN; BECK, 2010).

Observando-se a gravidade do problema e o risco a qual o paciente suicida está exposto, evidencia-se a necessidade de fornecer suporte psicológico validado empiricamente com objetivo de ajudá-lo a lidar com os comportamentos suicidas e reduzir o risco de morte, entretanto a quantidade de estudos baseados em evidências validando tratamentos para esse grupo de pacientes é escassa.

A terapia cognitivo comportamental mostrou-se eficaz no tratamento de diversos transtornos e poderia ajudar pacientes suicidas, apesar disso, a literatura sobre os protocolos e métodos de uso dessa abordagem para essa população também é escassa.

Assim, baseado no exposto, foi elaborada a seguinte questão norteadora: é possível utilizar a terapia cognitivo comportamental como tratamento em casos de pacientes suicidas?

Justifica-se essa pesquisa pela gravidade e frequência do comportamento suicida, risco de morte envolvido, aumento de casos ao longo das décadas e carência de estudos baseados em evidências voltados para o tratamento efetivo do problema.

Logo, este estudo poderá servir como fonte de pesquisa para a comunidade acadêmica ou clínica, bem como para pacientes, psicólogos, médicos, enfermeiros, familiares e cuidadores que se interessem pela temática.

Dessa forma, essa pesquisa tem como objetivo realizar uma revisão bibliográfica sobre o uso da terapia cognitivo-comportamental como tratamento para pacientes em crise suicida.

REVISÃO DA LITERATURA

O SUICÍDIO

O suicídio é identificado como o óbito consumado através da ação de auto-agressão espontânea realizada com intenção consciente de morrer (OMS, 1998), sendo a tentativa de suicídio a ação intencional e consciente fracassada em tirar a própria vida e a ideação suicida um conjunto de pensamentos ou desejos de morrer (BRAGA; DELL'AGLIO, 2013).

Estatísticas internacionais apontam cerca de 800 mil óbitos anuais causados por ações suicidas em 2015, aproximadamente 1 suicídio a cada 40 segundos, indicando uma taxa global de 10.7 suicídios por cem mil habitantes, o que caracteriza um problema de saúde pública a nível mundial (OMS, 2017).

E esse numero pode ser maior, pois poucos países da Africa enviam dados para a OMS, o envio de países em desenvolvimento é irregular (BERTOLOTE; FLEISCHMANN, 2002) e muitos fatores mascaram os índices oficiais, como casos não registrados pela dificuldade em definir a morte como intencional, registro como morte indeterminada ou acidente, pressão familiar pela omissão da natureza do falecimento na certidão ou descrição médica do óbito sem citar a intenção (BOTEGA, 2014; O'CONNOR et al., 2016).

Também é preciso levar em conta que para cada suicídio consumado existem pelo menos 10 tentativas e para cada pessoa que tenta existem outras 10 pessoas com pensamentos ou ideação suicida (BOTEGA, 2015), além do fato do suicídio afetar significativamente no mínimo 6 pessoas próximas à vítima, entre familiares e amigos (BERTOLOTE, 2012).

"O Brasil é o oitavo país em número absoluto de suicídios" (ABP, 2014, p. 14) e segundo o Ministério da Saúde¹ localmente foram registrados 10.533 mortes no ano de 2013, o que se traduz em uma taxa de mortalidade de 5,2 óbitos por cem mil habitantes, já dados atualizados da OMS² apontam para uma taxa de 6 por cem mil no Brasil em 2015, sendo 9,6 entre homens e 2,7 entre mulheres.

A cultura e o acesso aos meios para cometer o ato parecem influenciar nos métodos usados (BOTEGA, 2014), no Brasil os mais comuns são enforcamento, armas de fogo e envenenamento, e os locais com maior incidência de tentativas são a própria residência e hospitais (LOVISI et al., 2009).

Embora o numero de óbitos seja maior entre homens, a frequência de tentativas e ideação suicida é superior entre as mulheres (BOTEGA, 2015), sendo a efetividade masculina atribuída ao uso de meios mais letais pelo público masculino, como enforcamento e armas de fogo, e menos letais pelo público feminino, como envenenamento (LOVISI et al., 2009).

Estudos recentes apontam a combinação entre predisposição e eventos estressores como uma proposta de explicação plausível para o suicídio, em um modelo chamado diátese- estresse (WENZEL; BROWN; BECK, 2010; DWIVEDI et al., 2012).

De acordo com esse modelo, eventos cotidianos inesperados, como divórcio, desemprego repentino, morte de familiares ou falência, podem ser estressantes a ponto de disparar uma vulnerabilidade ou estado patológico prévio e levar à ações suicidas (BERTOLOTE, 2012; O'CONNOR et al., 2016).

A genética parece ter papel importante no suicídio, estudos registraram grande números de casos em filhos de pais biológicos suicidas adotados por terceiros (O'CONNOR et al., 2016) e pesquisas apontam influência genética de 55% no comportamento entre gêmeos monozigóticos, 17 vezes maior do encontrado entre gêmeos dizigóticos (BOTEGA, 2015).

Eventos traumáticos infantis, como privação maternal, abuso e abandono parental, são comuns em pacientes com histórico suicida e de auto-agressão (O'CONNOR et al., 2016), sendo que a intensidade e severidade de abusos sexuais ou físicos na infância aparentam ter considerável influência no desenvolvimento e frequência de comportamentos auto-lesivos (LABONTE; TURECKI, 2010).

Certos aspectos psicológicos seriam essenciais para o suicídio (SHNEIDMAN, 1993) e o estudo da influência desses fatores não é recente, Sigmund Freud, fundador da psicanálise, foi pioneiro ao abordar o tema (BOTEGA, 2015) e pesquisas recentes identificam elementos como desesperança, cognições disfuncionais, impulsividade aumentada, baixo repertório de resolução de problemas, perfeccionismo (WENZEL; BROWN; BECK, 2010), desregulação emocional e baixa tolerância à frustração frequentes em pacientes suicidas (RUDD, 2004).

Ed Snheidaman, considerado pai da suicidologia, criou o termo *Psychache* para designar uma dor psíquica intolerável presente em quase todos casos e postulou o suicídio como uma tentativa de fuga dessa dor (SHNEIDMAN, 1993; POMPILI, 2008), conceito que vai ao encontro da teoria comportamental, que classifica o ato como um comportamento de esquiva reforçado negativamente com o objetivo de evitar contingências coercitivas (BOTEGA, 2015; BRYAN et al., 2015).

Assim, o paciente suicida nem sempre deseja realmente a morte, muitas vezes sua intenção real é buscar aliviar essa dor psíquica ou fugir de uma situação ao qual acredita ser sem saída (BOTEGA, 2015), levando a um sentimento de ambivalência caracterizado pela alternância entre o desejo de viver e o de tirar a própria vida (ABP, 2014).

É impossível prever com certeza quem irá engajar no ato, mesmo assim o profissional de saúde precisa estar atento aos fatores de risco e proteção, identificando seus pesos na vida do paciente para avaliar o risco relativo e estabelecer tratamento adequado (CHEHIL; KUTCHER, 2012; ABP, 2014).

Esse conhecimento é importante tendo em vista que muitas vítimas comunicam sua intenção à pessoas próximas ou buscam ajuda de um profissional de saúde pouco antes do ato e são negligenciadas por eles pelo fato da pessoa ao qual buscaram ajuda não conseguir reconhecer os sinais de alerta, com isso a falta de informação torna-se um grande inimigo da prevenção do suicídio (BOTEGA et al., 2006).

Assim, é importante informar-se sobre o suicídio e estar atento aos sinais que a vítima emite, principalmente profissionais de saúde ou pessoas próximas a sujeitos pertencentes a grupos de risco, como pacientes psiquiátricos, por exemplo (BOTEGA, 2015).

Os fatores de risco (Quadro 1) são circunstâncias de vida com potencial para aumentar a probabilidade de manifestação de comportamentos suicidas e são divididos em Fatores Predisponentes e Precipitantes (BOTEGA, 2015).

Quadro 01: Principais fatores de risco associados ao comportamento suicida.

Doenças mentais	Aspectos sociais
<ul style="list-style-type: none"> • Depressão; • Transtorno bipolar; • Transtornos mentais relacionados ao uso de álcool e outras substâncias; • Transtornos de personalidade; • Esquizofrenia; • Aumento de risco com associação de doenças mentais; paciente bipolar que também seja dependente de álcool terá risco maior do que se ele não tiver essa dependência. 	<ul style="list-style-type: none"> • Gênero masculino; • idade entre 15 e 30 anos e acima de 65 anos; • Sem filhos; • Moradores de áreas urbanas; • Desempregados ou aposentados; • Isolamento social; • Solteiros, separados ou viúvos; • Populações especiais: indígenas, adolescentes ou moradores de rua.
Aspectos psicológicos	Condição de saúde limitante
<ul style="list-style-type: none"> • Perdas recentes; • Pouca resiliência; • Personalidade impulsiva, agressiva ou de humor instável; • Ter sofrido abuso físico ou sexual na infância; • Desespero, desesperança e desamparo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Doenças orgânicas incapacitantes; • Dor crônica; • Doenças neurológicas (epilepsia, Parkinson, Huntington); • Trauma medular; • Tumores malignos; • AIDS.
Suicidabilidade: Ter tentado suicídio, ter familiares que tentaram ou se suicidaram, ter ideias e/ou planos de suicídio.	

Fonte: ABP (2014, p.13)

Os primeiros são relativos uma predisposição ao suicídio constituída de traços de personalidade, vulnerabilidade psicológica, transtornos psiquiátricos, eventos traumáticos e aspectos sociais, culturais ou econômicos no histórico de vida do sujeito, já os segundos são situações pontuais com carga emocional estressante o suficiente para ativar a predisposição, como desilusão amorosa, divórcio, problemas financeiros ou acesso a um meio letal (BERTOLOTE et al., 2010; BERTOLOTE, 2012; BOTEGA, 2015).

Os principais fatores de risco associado ao suicídio são a presença de ideação suicida recorrente e a ocorrência de tentativas prévias, sendo o grau do risco relacionado à quantidade e reincidência de tentativas prévias (BOTEGA, 2015).

Comunicação verbal de falta de vontade de viver e comportamentos que indiquem preparação para a morte, como doar bens materiais e textos de despedida, por exemplo, também são importantes sinais de alerta (O'CONNOR et al., 2016).

A presença de transtornos mentais é importante sinalizador de risco, tendo em vista o número de suicídios ser cerca de 10 vezes maior nessa população do que na população em geral (BROWN et al., 2000) e apesar da maioria desses pacientes não tentar suicídio, a taxa de doença mental entre os que comentem o ato chega a 98% (BERTOLOTE et al., 2004).

O fenômeno é percebido com maior frequência em casos de depressão maior, principalmente a recorrente, transtorno bipolar, esquizofrenia, transtornos de personalidade e dependência química, sendo a presença de comorbidades fator agravante (ABP, 2014; BERTOLOTE, 2012), já entre pacientes com transtorno de ansiedade e do pânico o risco se apresenta menor (BROWN et al., 2000).

O histórico familiar de doença mental ou tentativa de suicídio também são fatores de risco (BROW et al., 2000; BOTEAGA, 2015), assim como a exposição ao comportamento suicida de familiares e amigos também pode influenciar pessoas vulneráveis a cometer o ato (RUSSEL et al., 1985).

Certas populações parecem ser mais suscetíveis ao risco suicida: homens, população LGBT, adolescentes, idosos, profissionais de saúde, militares, policiais, pessoas solitárias, ateus, pacientes internados, doentes crônicos, terminais, com dor crônica intolerável ou incapacitados e pessoas com histórico de abuso físico ou sexual na infância, adolescência ou vida adulta (BOTEAGA, 2015).

Pacientes em internação psiquiátrica estão mais vulneráveis ao risco, principalmente aqueles com transtornos afetivos e curto período de tratamento, sendo risco maior no início do internamento e imediatamente depois da alta (QIN; NORDENTOFT, 2005).

Os fatores de proteção estão relacionados a aspectos da vida do paciente que podem reduzir o risco suicida, podendo ser privados, como sentimentos, razões para viver ou senso de pertencimento, ou ambientais, como apoio social e familiar, religião, filhos ou emprego (CHEHIL; KUTCHER, 2012).

Apesar da importância em identificar esses fatores, principalmente para fins de prevenção e tratamento, é importante o profissional não permitir que eles venham a obscurecer os fatores de risco (ABP, 2014).

A TERAPIA COGNITIVO COMPORTAMENTAL

O termo terapia cognitivo-comportamental (TCC) é um nome genérico dado a um conjunto de mais de 20 modalidades terapêuticas distintas (KNAPP; BECK, 2008), todas usando os princípios

do modelo cognitivo de Beck e conectadas através da ideia de que não são as situações que influenciam no comportamento, mas a forma como são interpretadas (KNAPP et al., 2007).

Ela foi desenvolvida pelo psiquiatra norte-americano Aaron Beck a partir de 1960 (CORDIOLI et al., 2008), quando teorias psicanalíticas predominavam na psicologia clínica e psiquiatria (RANGÉ et al., 2011).

Ele era psicanalista quando iniciou pesquisas visando comprovar cientificamente o modelo psicanalítico da depressão (BECK, 2013), que postulava a origem do transtorno depressivo como resultado da necessidade inconsciente de sofrer motivada por raiva auto-direcionada (RANGÉ et al., 2011).

Mas a pesquisa de Beck apontou para outra direção, pois o modelo não se encaixava com o relato de seus pacientes (KNAPP et al., 2007), no lugar da raiva auto-dirigida, eles tendiam a apresentar pensamentos negativos e julgamentos depreciativos de si, do ambiente e do futuro, conjunto que batizou de tríade cognitiva (BECK, 2013).

Beck então teorizou que o paciente não tinha o desejo inconsciente de sofrer, mas entendeu o sofrimento como reflexo de julgamentos distorcidos da realidade que levam à cognições mal-adaptativas e sintomas depressivos (RANGÉ et al., 2011) e a partir dessas conclusões iniciou o desenvolvimento de estratégias visando identificar e corrigir essas cognições, as quais mostraram resultados positivos (CORDIOLI et al., 2008).

O desenvolvimento da TCC foi influenciado por teóricos como Albert Ellis, Alfred Bandura, Alfred Adler, Karen Horney entre outros, e por filosofias ocidentais e orientais, como o estoicismo e o budismo, que valorizavam a influência das cognições na interpretação da realidade (KNAPP et al., 2007) e postulavam a ideia de que uma vida sadia podia ser alcançada através de um estilo de pensamento saudável e realista (WRIGHT; BASCO; THASE, 2008).

O modelo proposto por Beck foi de uma terapia estruturada, educativa, diretiva, orientada para o presente, com duração limitada, foco em soluções, ênfase no empirismo colaborativo (KNAPP et al., 2007) inicialmente desenvolvida como tratamento para depressão, mas depois expandida para uso em outros transtornos e adaptada para diferentes populações com sucesso (BECK, 2013).

A TCC valoriza a cultura baseada em evidências e utiliza um modelo científico-profissional de trabalho (DOBSON; DOBSON, 2011) e apesar de seu desenvolvimento recente, conta com base sólida de pesquisas validando seu uso em variados problemas com componentes psicológicos, sejam psiquiátricos, psicológicos ou médicos (BECK, 2013),

Atualmente alguns estudos apontam casos onde seu uso é tão eficaz quanto a medicação, abrindo a possibilidade do paciente receber tratamento não-medicamentoso de qualidade por tempo indeterminado (HOFMANN, 2014), o que pode ser positivo ao considerar pessoas que não respondem

às drogas, sofrem efeitos colaterais indesejáveis ou se recusam a fazer uso da psicofármacos (BECK et al., 1997).

Embasando todas as terapias cognitivas estão três princípios centrais: as cognições influenciam os comportamentos, elas podem ser monitoradas e alteradas e, por fim, a mudança cognitiva pode influenciar a mudança comportamental (RANGÉ et al., 2011).

Dessa forma, a cognição possuiria papel central no funcionamento psicológico, tanto no normal quanto no patológico, onde o julgamento distorcido da realidade influencia diretamente na gênese e manutenção do sofrimento (KNAPP et al., 2007) e Beck postulou a existência de três níveis de processamento em seu modelo cognitivo: esquemas ou crenças nucleares; crenças intermediárias; e pensamentos automáticos (BECK, 2013).

Esquemas tendem a ser conjuntos de crenças nucleares “globais, rígidas e super-generalizadas” (BECK, 2013, p. 53) e formam o conjunto de ideias do indivíduo sobre si, o mundo e os outros (BECK et al., 1997; KNAPP et al., 2007) construídas na infância e fortalecidas durante a vida, muitas vezes tidas como verdades absolutas (BECK, 2013).

Eles são estruturas cognitivas profundas difíceis de alcançar ou modificar (RANGÉ et al., 2011) responsáveis por avaliar, classificar e organizar coerentemente a representação interna da realidade (BECK; ALFORD, 2011), atuando como filtros para interpretá-la (KNAPP; BECK, 2008).

Geralmente são adaptativos e permitem avaliações funcionais da realidade, mas algumas vezes um processamento distorcido pode levar a esquemas mal-adaptativos (DOZOIS; BECK, 2008; KNAPP; BECK, 2008), sendo os principais de desamor, desvalor e desamparo (BECK, 2013), não agindo diretamente sobre a realidade, mas influenciando no desenvolvimento de crenças intermediárias, que são regras, atitudes, normas e pressupostos, os quais servem como ligação entre esquemas e pensamentos automáticos (BECK, 2013).

Pensamentos automáticos são o nível mais superficial do processamento cognitivo e comuns à todas as pessoas, apresentam-se como um fluxo breve e espontâneo de cognições na forma de imagens ou palavras, muitas vezes não percebidas conscientemente (KNAPP et al., 2007; FALCONE, 2012).

Eles devem ser avaliados de acordo com a validade e utilidade para o sujeito e se apresentam distorcidos nos problemas psicológicos como reflexo de esquemas e crenças intermediárias disfuncionais, levando ao sofrimento psíquico (BECK et al., 1997; BECK, 2013), sendo que pacientes psiquiátricos tendem a apresentar alta frequência de pensamentos automáticos distorcidos diariamente (WRIGHT; BASCO; THASE, 2008).

Cada psicopatologia seria resultado de interpretações distorcidas facilitadas por vulnerabilidades cognitivas específicas de cada síndrome ou transtorno (RUDD, 2004), assim cognições distorcidas são elementos centrais nos transtornos mentais (RANGÉ et al., 2011) e o foco

da terapia é ajudar o paciente a identificar os padrões disfuncionais mantenedores dos sintomas e, de forma ativa, modifica-los (BECK, 2013; HOFMANN, 2014).

Quando o paciente aprende a avaliar suas cognições e a realidade de forma mais funcional, tende a melhorar seu estado emocional, reduzir os sintomas e aliviar o sofrimento (BECK, 2013), abrindo, assim, a possibilidade de melhorar sua qualidade de vida.

O modelo cognitivo do suicídio agrega elementos gerais da TCC a conceitos específicos ao suicídio (RUDD, 2006), onde elementos como desesperança, impulsividade e vieses de atenção distorcidos, como o foco em justificativas para cometer o ato e o descarte de razões para viver, se fazem presentes (WENZEL; BROWN; BECK, 2010).

Esse estado é limitado no tempo e de intensidade e severidade variável de pessoa para pessoa, sofrendo influência de aspectos como vulnerabilidade ao suicídio, esquemas disfuncionais, cronicidade das tentativas, presença de comorbidades, severidade dos eventos estressores, elementos cognitivos como desesperança, impulsividade, déficit na resolução de problemas e baixa tolerância a frustração (RUDD, 2004).

Esquemas mal adaptativos estão presentes em todos os transtornos psiquiátricos e permanecem inativos até serem ativados por eventos estressores (BECK et al., 1997), no suicídio estariam relacionados à própria morte ou desejo de morrer e permaneceriam inativos até que a um evento estressor, interno ou externo, com magnitude suficiente se fizesse presente (WENZEL; BROW; BECK, 2011).

O aspecto cognitivo seria central ao suicídio, mas também estariam presentes no ato elementos afetivos, como desespero e disforia em uma mistura de sentimentos de raiva, angustia, tristeza, medo, vergonha, humilhação, entre outros, motivacionais, como desejo de morrer, e comportamentais como o engajamento em ações como planejamento, ensaios e tentativas (BECK, 1996; RUDD, 2006)

METODOLOGIA

Esse artigo parte de uma revisão bibliográfica com abordagem qualitativa, realizada no período de fevereiro de 2017 a maio de 2017.

A revisão bibliográfica visa ampliar e aprofundar o conhecimento sobre um tema a partir da análise de uma base de artigos já publicada e desenvolvida (GIL, 2009).

Já a abordagem qualitativa tem como foco levar o pesquisador a estudar um problema com o intuito de entendê-lo a partir de um ponto de vista reflexivo (MINAYO, 2012), indo, assim ao encontro do objetivo principal desse trabalho.

Foram usados como descritores os termos suicídio, TCC e terapia cognitivo- comportamental, bem como os correspondentes em língua inglesa *suicide*, *cognitive behavioral therapy* e *cbt*, através de pesquisa simples ou em combinação no título ou no resumo/abstract.

Para essa revisão foram pesquisados estudos em língua inglesa e portuguesa referentes a estudos clínicos sobre o uso da TCC como prevenção e/ou tratamento para pacientes suicidas, publicadas entre os anos de 2006 e 2016, disponíveis nas plataformas *National Library of Medicine and the National Institutes of Health (Pubmed)* e *Scientific Electronic Library Online (SciELO)*.

Como critério de exclusão, não foram incluídos no presente trabalho artigos oriundos de revisão bibliográfica, revisão teórica ou meta-análises.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

A busca retornou o total de 60 artigos, todos em inglês e nenhum português. Após leitura dos títulos e abstracts, foram selecionados 4 artigos compatíveis (Quadro 2) com os critérios para inclusão e lidos integralmente visando melhor compreensão sobre o tema.

Quadro 02 – Lista de artigos selecionados e suas respectivas conclusões.

Autor e ano	Título	Conclusões
Bateman et al. (2007)	<i>Cognitive Behavioral Therapy Reduces Suicidal Ideation in Schizophrenia: Results from a Randomized Controlled Trial The cognitive behavioural prevention of suicide in psychosis: a clinical trial</i>	A TCC rendeu significativa redução na ideação suicida, que se manteve após o término da terapia.
Tarrier et al. (2014)	<i>The cognitive behavioural prevention of suicide in psychosis: a clinical trial</i>	TCC é eficaz e viável como tratamento para prevenção do suicídio em pacientes psicóticos
Guille et al. (2015)	<i>Web-based cognitive behavioral therapy intervention for the prevention of suicidal ideation in medical interns: a randomized clinical trial</i>	Intervenções online baseadas na TCC são uma ferramenta promissora para melhorar a saúde mental e diminuir o risco de suicídio.
Rudd et al. (2015)	<i>Brief cognitive-behavioral therapy effects on post-treatment suicide attempts in a military sample: results of a randomized clinical trial with 2-year follow-up</i>	A TCC foi efetiva em prevenir em até 60% tentativas de suicídio entre militares em serviço com ideação ou tentativa registradas até um mês antes ao início da terapia

Fonte: Dados da pesquisa bibliográfica do autor

Para a análise foram extraídas descrições fieis dos objetivos, métodos, resultados e conclusões de acordo com o texto de original listadas abaixo em ordem cronológica.

1. Cognitive Behavioral Therapy Reduces Suicidal Ideation in Schizophrenia: Results from a Randomized Controlled Trial

Bateman et al. (2007) dividiu aleatoriamente 90 pacientes com esquizofrenia crônica apresentando sintomas positivos e resistentes a medicação anti-psicótica em um grupo de TCC (GT) com 46 participantes e outro de controle (GC) com 44.

Foram realizadas 19 sessões individuais por 9 meses em ambos grupos e a Comprehensive Psychopathological Rating Scale (CPRS) foi usada para avaliar a ideação suicida. Foi realizada uma avaliação anterior ao início do tratamento, outra ao término e a terceira nove meses após o final da terapia.

As intervenções usadas no GT foram psicoeducação, estratégias de enfrentamento e tarefas de casa e quando o suicídio era abordado as técnicas usadas eram avaliação do risco, análise de vantagens e desvantagens, discussão sobre as tentativas e o suicídio.

No GC foram usadas interações motivacionais, como conversas e companhia, sendo os dois grupos facilitados pelo mesmo terapeuta e o total de contato com o paciente foi igual em ambos.

O GC apresentou redução moderada da ideação, já no GT foi mais significativa e manteve-se estável até a terceira avaliação. O autor aponta a redução nas duas como resultado de fatores com efeito similar comuns a ambas, como acolhimento e redução do isolamento.

Ao final Bateman et al. (2007) conclui que o uso da TCC rendeu significativa redução na ideação suicida dos pacientes e se manteve estável após o término da terapia.

2. The cognitive behavioural prevention of suicide in psychosis: a clinical trial

Já Tarrier et al. (2014) dividiu aleatoriamente 49 participantes entre 18 e 65 anos em um grupo de 25 pacientes recebendo tratamento baseado na TCC (GT) e 24 em um grupo controle (GC) recebendo tratamento usual.

Os critérios de inclusão foram presença de diagnóstico de esquizofrenia, transtorno esquizofreniforme, transtorno esquizoafetivo, transtorno delirante ou transtorno psicótico sem outra especificação de acordo com o DSM-IV, ideação ou tentativas prévias, cuidados médicos e medicação regular anti-psicótica adequada.

Os critérios de exclusão foram presença de histórico de terapia baseada na TCC ou outro tratamento psicológico empiricamente validado, ideação suicida severa; doença cerebral orgânica, ameaça potencial do paciente contra si mesmo, diagnóstico primário de transtorno bipolar, psicose induzida por substâncias.

As avaliações realizadas antes do início, no quarto e sexto mês. Como instrumentos primários de avaliação da ideação foram usadas The Beck Scale for Suicidal ideation (BSS), The Adult Suicidal Ideation Questionnaire (ASIQ) e The Suicide Probability Scale (SPS). Também foram usados instrumentos secundários para avaliar depressão, ansiedade, auto-estima, desesperança, sintomas negativos e positivos, e funcionamento global.

Aconteceram 24 sessões individuais em doze semanas (duas semanais) no GT, realizadas em local conveniente para o participante, geralmente sua própria residência. Foram utilizados SMS ou contato telefônico como suporte ao processo terapêutico.

As intervenções foram divididas em três fases: inicial com foco no processamento de vieses cognitivos distorcidos; a segunda com foco em sentimentos derrotistas, isolamento social, desregulação emocional e resolução de problemas interpessoais; e a última fase com foco em esquemas de suicídio.

Avaliações realizadas com o ASIQ, mas não com a BSS, apontaram significativa redução da ideação suicida no GT em relação ao GC e a aplicação da SPS apontou maior redução da probabilidade de suicídio no GT em relação ao GC.

Também foi registrada melhora em fatores de risco conhecidos, como depressão, auto-estima, desesperança, sintomas psicóticos positivos e funcionamento geral e o autor conclui que, mesmo com as limitações da pesquisa, os resultados dão suporte para o uso da TCC como tratamento eficaz e viável para prevenção do suicídio em pacientes psicóticos.

3. Web-based cognitive behavioral therapy intervention for the prevention of suicidal ideation in medical interns: a randomized clinical trial

No ano seguinte, Guille et al. (2015) conduziu uma pesquisa com 199 residentes médicos de especializações e setores diversos de programas de residência médica dos hospitais universitários da Universidade de Yale e da Universidade do Sul da Califórnia aleatoriamente divididos um grupo de TCC online (GT) com 100 participantes e outro controle (GC) com 99. A seleção foi realizada por email, e cada participante recebeu \$100 pela participação.

Foram realizadas cinco avaliações online, a primeira 3 meses antes de iniciar o período anual de residência avaliando aspectos demográficos, especialidade médica, sintomas depressivos, ideação suicida, grau de neuroticismo e ambiente familiar na infância.

A ideação suicida foi avaliada novamente no terceiro, sexto, nono e decimo segundo mês do ano de residência, sendo feita com o Patient Health Questionnaire (PHQ-9) e confirmada no caso de respostas do tipo "estaria melhor morto ou se machucando" por muitos dias, mais da metade dos dias ou todos os dias por pelo menos 2 semanas.

O GT recebeu a cada semana, durante um mês, emails direcionando para o site de intervenção para completar os módulos do programa, o primeiro tinha objetivo de ensinar o modelo cognitivo, o segundo e o terceiro usar reestruturação cognitiva na promoção de formas funcionais de pensamento e o quarto desenvolver habilidades de resolução de problemas.

O GC recebia emails com contato e endereços de locais de atendimento, informações sobre suicídio, sintomas da depressão e encorajando a busca de ajuda caso fosse necessário.

No segundo, quinto, oitavo e decimo primeiro mês o GT recebia um email pedindo para revisar um módulo de sua preferência, enquanto o GC recebia novamente as mesmas informações e avaliações sobre depressão e ideação suicida eram realizadas pelo menos 6 semanas depois de cada atividade, fosse um modulo de TCC online, atividades do GC ou contato de email.

Ao final de um ano 21% (21/100) dos residentes do GC apresentaram ideação em pelo menos uma avaliação, já no GT o numero foi de 12% (12/100) e probabilidade 60% menor de ideação no GT em relação ao GC, levando o autor a concluir que intervenções online baseadas na TCC podem ser uma ferramenta promissora para melhorar a saúde mental de residentes médicos e diminuir o risco de suicídio.

4. Brief cognitive-behavioral therapy effects on post-treatment suicide attempts in a military sample: results of a randomized clinical trial with 2-year follow-up.

No mesmo ano, Rudd et al. (2015) selecionou 152 militares em serviço, sem histórico de condições médicas ou psiquiátricas severas impedindo seu consentimento ou participação em tratamento ambulatorial, com pontuação igual ou superior a cinco na Escala de Ideação Suicida de Beck e tendo apresentado ideação até uma semana ou tentativa até um mês antes do inicio da pesquisa e entre Janeiro de 2011 e Setembro de 2012.

Foram formados aleatoriamente 2 grupos com 76 militares cada e o grupo controle (GC) recebeu psicoterapia, medicação psiquiátrica e tratamento para abuso de substâncias, já o outro grupo (GTB) passou pelo mesmo processo mais doze sessões individuais, semanais ou bissemanais, de terapia baseada em TCC Breve, sendo a primeira de 90 e as demais 60 minutos, sendo que ao final o paciente poderia escolher continuar a receber psicoterapia com outro profissional, caso desejasse.

O tratamento foi dividido em três fases, a primeira contou com avaliações das tentativas e fatores que levaram o paciente aos atos, foi realizada a conceitualização cognitiva, desenvolvido plano de segurança e ensinadas técnicas de regulação emocional, na segunda com foco esquemas relacionados a vulnerabilidades cognitivas como desesperança e vergonha e a terceira serviu como treinamento para prevenção de recaídas.

A avaliação inicial foi duas semanas antes da divisão dos grupos e incluiu entrevistas clínicas e auto-avaliações e os participantes realizaram relatórios de auto-avaliação presenciais sobre a severidade dos sintomas no terceiro, sexto, decimo segundo, decimo oitavo e vigésimo quarto mês, bem como entrevistas por telefone ou presenciais para identificar existência, data e severidade de ideação ou tentativas nos mesmos meses.

Tentativas de suicídio durante o período de acompanhamento eram registradas por pontuações no Suicide Attempt Self-Injury Interview (entrevista validada e administrada por um profissional de saúde visando avaliar a presença de comportamentos auto-agressivos), já para avaliar a presença de ideação suicida foi utilizada a Beck Scale for Suicide Ideation, também foram usadas escalas para medir ansiedade, desesperança e sintomas de TEPT.

Os resultados identificaram declínio da ideação suicida declinou nos dois grupos, mas foi mais significativa no GT. Foram registrados dois óbitos, um em cada grupo, e 26 participantes realizaram 31 tentativas, sendo em 8 no GT e 18 no GC, durante o período da pesquisa, indicando que os participantes do GT tinham chance 60% menor de engajar em comportamentos suicidas.

Uma significativa diferença entre os grupos foi percebida na avaliações a partir do sexto mês com aumento de magnitude ao longo do tratamento. Análises posteriores indicaram menor probabilidade dos participantes do GT realizarem novas tentativas em relação aos do GC e o autor relaciona isso ao foco do protocolo em trabalhar regulação emocional, reestruturação cognitiva e desenvolvimento de habilidades de resolução de problemas.

Rudd et al. (2015) concluiu que o protocolo de TCC usado foi efetivo para prevenção de tentativas de suicídio entre militares em serviço com problemas de ideação ou tentativa até um mês antes do início do tratamento.

Discussão dos Resultados

É importante ressaltar que a busca dos artigos selecionados no presente estudo foi realizada em apenas duas plataformas de dados, assim ficaram de fora outras plataformas que poderiam fornecer mais artigos a respeito do tema, bem como textos publicados em livros nacionais ou estrangeiros ou outras fontes quaisquer.

Todas as pesquisas analisadas no presente estudo utilizaram o Ensaio Clínico Randomizado como delineamento da pesquisa, método ao qual os participantes são divididos em dois grupos de características similares, onde uma variável independente é manipulada com a intenção de observar os efeitos em uma outra variável dependente (SHAUGHNESSY; ZECHMEISTER; ZECHMEISTER, 2012).

Trata-se, segundo Leonardi (2016), de um método confiável para eliminar a influência de variáveis externas, características individuais e vieses prévios dos pesquisadores e visto como rigoroso para avaliar pesquisas clínicas e identificar melhores intervenções, o que configura um ponto positivo e vem a fortalecer os resultados do presente trabalho.

Foi percebido que todos os estudos foram unânimes em apontar benefícios da TCC na redução da ideação suicida e número de tentativas de suicídio nos grupos participando do tratamento com a TCC em comparação aos grupos controle, o que se mostra promissor.

Outro ponto positivo a se destacar foi a existência, mesmo com a ausência de um protocolo comum, do foco compartilhado na maioria dos tratamentos aplicados em proporcionar auto-conhecimento, desenvolver repertório de resolução de problemas e favorecer a regulação emocional, permitindo validar a hipótese de que tais elementos possivelmente são importantes no processo de tratamento do paciente suicida.

Em contrapartida, os pontos negativos encontrados estão relacionados principalmente a escassez de pesquisas, segmentação das amostras em populações específicas (militares, residentes de medicina e pacientes com esquizofrenia), ausência de padronização nos instrumentos de avaliação e de protocolos específicos para uso da TCC nesse perfil de pacientes, que vivenciam peculiaridades ímpares, que pudessem ser replicados e comparados e a uniformização de medidas de desfecho.

Foi também percebida a ausência de pesquisas com amostras de populações com depressão, transtorno bipolar e transtornos de personalidade, tendo em vista que são os com maior prevalência de comportamentos suicidas e auto-lesivos (BOTEGA, 2015), assim, essa ausência vem a empobrecer um pouco os resultados aqui obtidos.

Também foram perdidos dados importantes sobre a vida dos participantes e detalhes relevantes do tratamento das pesquisas aqui analisadas, tendo em vista que não foi concedido acesso a histórico de vida, clínico e psiquiátrico do paciente ou sua família, conceituação cognitiva, análise funcional, dados demográficos e outros detalhes do acompanhamento clínico ou evolução durante o tratamento, o que poderia vir a enriquecer o presente trabalho.

Por fim, mesmo existindo uma descrição breve do tratamento e número de sessões, foi percebida a falta de melhor detalhamento das intervenções utilizadas nas pesquisas.

CONCLUSÃO

O suicídio é um grande problema de saúde pública, os casos aumentaram nos últimos anos e os pacientes suicidas são um grupo sujeito a risco de morte, necessitando de tratamento validado empiricamente, neste sentido, esse trabalho teve como objetivo pesquisar sobre a eficácia da terapia

cognitivo comportamental (TCC) como tratamento para esse grupo de pacientes através de dados de revisão bibliográfica.

A análise dos artigos apontou inicialmente ser promissor o uso da TCC para esse fim, tendo em vista os resultados das pesquisas serem unânimes em apontar para redução na ideação suicida e frequência de tentativas, bem como melhora na qualidade de vida, entretanto as limitações encontradas não permitem confirmar e nem negar a hipótese inicial.

Entretanto, limitações relativas à escassez de ensaios clínicos, principalmente referentes à transtornos associados ao suicídio, como depressão, transtornos de personalidade e transtorno bipolar, e a ausência de descrição do histórico clínico dos pacientes, detalhes sobre os procedimentos e evolução dos tratamentos, bem como falta de um protocolo comum à todas as pesquisas visando replicar e comparar os estudos presentes e futuros, apresentam-se de forma significativa e precisam ser mencionadas como pontos negativos relevantes.

Uma contribuição positiva desse estudo pode ser enfatizar a necessidade de pesquisas futuras para ampliar o conhecimento e estimular o uso da TCC como uma ferramenta no plano terapêutico de pacientes suicidas, bem como servir de fonte de pesquisa para acadêmicos, profissionais de saúde, familiares e demais pessoas interessadas pelo tema.

Com isso, espera-se que essas novas pesquisas possam preencher as lacunas do conhecimento ainda existentes acerca desse tema.

REFERÊNCIAS

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA (ABP). **Suicídio: informando para prevenir**. Brasília: CFM/ABP, 2014.

BATEMAN, K. et al. Cognitive behavioral therapy reduces suicidal ideation in schizophrenia: results from a randomized controlled trial. **Suicide and life-threatening behavior**, v. 37, n. 3, p. 284-290, 2007.

BECK, A. T. Beyond belief: A theory of modes, personality, and psychopathology. In SALKOVSKIS, P. **Frontiers of cognitive therapy**. New York: GuilfordPress, 1996. (pp. 1-25).

BECK, A. T.; ALFORD, B. A. **Depressão: causas e tratamentos**. Porto Alegre: Artmed, 2011.

BECK, A. T. et al. **Terapia Cognitiva da depressão**. Porto Alegre: Artmed, 1997.

BECK, J. S. **Terapia Cognitivo-Comportamental: Teoria e Prática**. Porto Alegre: Artmed, 2013.

BERTOLETE, J. M. **O Suicídio e sua prevenção**. São Paulo: Editora Unesp, 2012.

BERTOLETE, J. M.; FLEISCHMANN, A. Suicide and psychiatric diagnosis: a worldwide perspective. **World Psychiatry**, v. 1, n. 3, p. 181-185, 2002.

- BERTOLETE, J. M. et al. Psychiatric diagnoses and suicide: revisiting the evidence. **Crisis**, v. 25, n. 4, p. 147-155, 2004.
- _____. Detecção do risco de suicídio nos serviços de emergência psiquiátrica. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 32, n. suppl 2, p. S87-S95, 2010.
- BOTEGA, N. J. Comportamento suicida: epidemiologia. **Psicol. USP**, São Paulo, v. 25, n. 3, p. 231-236, dez. 2014.
- _____. **Crise Suicida**. Porto Alegre: Artmed, 2015.
- BOTEGA, N. J. et al. Prevenção do comportamento suicida. **Psico**, v. 37, n. 3, p. 213-220, 2006.
- BRAGA, L. L.; DELL'AGLIO, D. D. Suicídio na adolescência: fatores de risco, depressão e gênero. **Contextos Clínicos**, v. 6, n. 1, p. 2-14, 2013.
- BROWN, G. K. et al. Risk factors for suicide in psychiatric outpatients: a 20-year prospective study. **Journal of consulting and clinical psychology**, v. 68, n. 3, p. 371, 2000.
- BRYAN, C. J. et al. **Cognitive Behavioral Therapy for Preventing Suicide Attempts: A guide to brief treatments across clinical settings**. Nova Iorque: Routledge, 2015.
- CHEHIL, S.; KUTCHER, S. P. **Suicide risk management: a manual for health professionals**, 2 ed. Reino Unido: Wiley Blackwell, 2012.
- CORDIOLI, A. V. et al. **Psicoterapias: Abordagens atuais**, 3 ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.
- DATTILIO et al. **Estratégias cognitivo-comportamentais de intervenção em situações de crise**, 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.
- DOBSON, D.; DOBSON K. S. **A terapia cognitivo-comportamental baseada em evidências**. Porto Alegre: Artmed, 2011.
- DOZOIS, D. J. A.; BECK, A. T. Cognitive schemas, beliefs and assumptions. **Risk factors in depression**, v. 1, p. 121-143, 2008.
- DWIVEDI, Y. **The neurobiological basis of suicide**. Boca Raton: CRC Press, 2012.
- FALCONE, E. M. O. et al. **Produções em terapia cognitivo-comportamental**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2012.
- GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**, 4. ed. São Paulo: Atlas, 2009.
- GUILLE, C. et al. Web-based cognitive behavioral therapy intervention for the prevention of suicidal ideation in medical interns: a randomized clinical trial. **JAMA psychiatry**, v. 72, n. 12, p. 1192-1198, 2015.
- GUTIERREZ, B. A. O. Assistência hospitalar na tentativa de suicídio. **Psicologia USP**, São Paulo, v.25, n.3, p. 262-269. 2014.
- HOFMANN, S. G. **Introdução à terapia cognitivo comportamental contemporânea**. Porto Alegre: Artmed, 2014.

KNAPP, P.; BECK, A. T. Fundamentos, modelos conceituais, aplicações e pesquisa da terapia cognitiva. **Rev Bras Psiquiatr**, v. 30, n. Supl II, p. S54-64, 2008.

KNAPP, P. et al. **Terapia Cognitivo Comportamental na prática psiquiátrica**. Porto Alegre: Artmed, 2007.

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

LEONARDI, J. L. **Prática baseada em evidências em psicologia e a eficácia da análise do comportamento clínica**. 2016. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo.

LOVISI, G. M. et al. Análise epidemiológica do suicídio no Brasil entre 1980 e 2006. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v. 31, supl. 2, p. S86-S93, Out. 2009.

MINAYO, M. C. S. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. **Ciênc. saúde coletiva**. Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 621-626, Mar., 2012.

MINAYO, M. C. S.; CAVALCANTE, F. G.; SOUZA, E. R. Methodological proposal for studying suicide as a complex phenomenon. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 8, p. 1587-1596, Aug. 2006.

O'CONNOR, R. C et al. **The international handbook of suicide prevention**, 2. ed. Reino Unido: Wiley Blackwell, 2016.

OLIVEIRA, M. S.; ANDRETTA, I. et al. **Manual prático de terapia cognitivo- comportamental**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2012.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). Primary prevention of mental, neurological and psychosocial disorders. Genebra: Organização Mundial de Saúde, 1998.

_____. **Preventing suicide: a community engagement toolkit**. Genebra: Organização Mundial de Saúde, 2016.

_____. **Suicide data 2017**. Disponível em: < http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/ >. Acesso em 16 de maio, 2017.

POMPILI, M. et al. Psychache and suicide: a preliminary investigation. **Suicide and Life-Threatening Behavior**, v. 38, n. 1, p. 116-121, 2008.

QIN, P.; NORDENTOFT, M. Suicide risk in relation to psychiatric hospitalization: evidence based on longitudinal registers. **Archives of general psychiatry**, v. 62, n. 4, p. 427-432, 2005.

RANGÉ, B. et al. **Psicoterapias cognitivo-comportamentais: Um diálogo com a psiquiatria**, 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

RUDD, M. D. Cognitive therapy for suicidality: An integrative, comprehensive, and practical approach to conceptualization. **Journal of Contemporary Psychotherapy**, v. 34, n. 1, p. 59-72, 2004.

_____. Fluid Vulnerability Theory: A Cognitive Approach to Understanding the Process of Acute and Chronic Suicide Risk In ELLIS, T. E. **Cognition and suicide: Theory, research, and therapy.** Washington, DC: American Psychological Association. 2006. (pp. 355-368).

RUDD, M. D. et al. Brief cognitive-behavioral therapy effects on post-treatment suicide attempts in a military sample: results of a randomized clinical trial with 2-year follow-up. **American journal of psychiatry**, v. 172, n. 5, p. 441-449, 2015.

RUSSELL, J. et al. Psychological autopsy of completed suicide in children and adolescents. **American Journal of psychiatry**, v. 142, n. 9, p. 1061-1064, 1985.

SHAUGHNESSY, J. J.; ZECHMEISTER, E. B.; ZECHMEISTER, J. S. **Metodologia de pesquisa em psicologia.** 9 ed. Porto Alegre : AMGH, 2012.

SHNEIDMAN, E. **Suicide as Psychache: A clinical approach of self-destructive behavior.** MARYLAND: Roman & Littlefield Publishes Inc, 1993.

TARRIER, N. et al. The cognitive behavioural prevention of suicide in psychosis: a clinical trial. **Schizophrenia research**, v. 156, n. 2, p. 204-210, 2014.

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

WRIGHT, J. H.; BASCO, M. R.; THASE, M. R. **Aprendendo a terapia cognitivo-comportamental: um guia ilustrado.** Porto Alegre: Artmed, 2008.

Recebido em: 29 de Outubro de 2020

Aceito em: 12 de Dezembro de 2020

¹Psicólogo (UNINASSAU); Especialização em Terapia Cognitivo Comportamental (UNICHRISTUS). E-mail: antonio@antoniomartins.com.br.

²Psicólogo (UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE); Especialista em Gestão de Emergências em Saúde Pública (HOSPITAL SÍRIO-LIBANÊS). E-mail: doonon@bol.com.br.