

TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL E A INTERVENÇÃO EM ADOLESCENTES COM IDEACÃO OU TENTATIVA DE SUICÍDIO

2017

Aline Mayara Hernandes Caetano

Graduanda em Psicologia, com ênfase na promoção e prevenção da Saúde Mental e também processos clínicos (Brasil)

E-mail de contato:
alynne_807@hotmail.com

RESUMO

O suicídio vem aumentando a cada dia principalmente na fase da adolescência. O risco do suicídio vem abrangendo desde as ideações suicidas às tentativas cometidas e, grande parte dos casos, estão relacionadas a depressão, desesperança, conhecer pessoas que já tenham tentado suicídio, solidão, pouco apoio social. O comportamento suicida envolve a ideação, planejamento e a tentativa de suicídio. Dados coletados para esta pesquisa mostram o aumento significativo nas taxas de suicídio na adolescência no Brasil e no mundo. Este estudo tem como objetivo identificar as contribuições literais feitas até o presente momento sobre grau de comprometimento da teoria cognitivo-comportamental, com essa demanda de ideações ou tentativas de suicídio. A metodologia utilizada para a realização do trabalho foi a pesquisa bibliográfica, através de buscas de livros e artigos científicos. A terapia cognitivo-comportamental vem sendo bastante utilizada no tratamento em adolescentes com ideação ou tentativa de suicídio, pois tem-se mostrado bastante eficaz visto que, através da aliança terapêutica estabelecida, é possível a redução e até a extinção dessas ideações ou tentativas de suicídio.

Palavras-chave: Ideação suicida, terapia cognitivo comportamental, adolescência.

Copyright © 2018.

This work is licensed under the Creative Commons Attribution International License 4.0.

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>



1. INTRODUÇÃO

A fase da adolescência é uma etapa de bastantes conflitos emocionais e sociais, a qual acontece à transição com o mundo da criança e tem a inserção no mundo adulto, havendo o desenvolvimento em sua parte psíquica que pode ter um bom resultado, ou esse período pode ser traumático acarretando assim o não desenvolvimento psíquico em sua vida adulta. Como estão vivenciando esse período de mudanças pode ocorrer uma instabilidade emocional aumentando os riscos de ideação ou tentativas de suicídio (ARAÚJO; VIEIRA; COUTINHO; 2010).

Os motivos associados à ideação suicida na adolescência ficaram evidentes nos estudos analisados, que são multifacetados e incluem transtornos mentais, características pessoais e familiares, problemas comportamentais do próprio adolescente e dos amigos. Entre os fatores que mais sobressaíram destacam: depressão, desesperança, solidão, tristeza, preocupação, ansiedade, baixa auto-estima, agressão por parte de pais e amigos, pouca comunicação com os pais, ser abusado fisicamente, uso de substâncias, conhecerem pessoas que já tenham tentado suicídio. A depressão acomete, ao longo da vida, entre 10% a 15% das mulheres e, entre 5% a 12% dos homens, sendo que, entre os gravemente deprimidos, 15% cometem suicídio (BRASIL, 2006b). Os dados disponíveis mostram que a prevenção e o tratamento adequados da depressão e do abuso de álcool e substâncias psicoativas reduzem as taxas de suicídio (OMS, 2012). A prevenção do suicídio dá-se por meio do reforço dos fatores ditos protetores e pela diminuição dos fatores de risco, tanto no nível individual como no coletivo (ARAÚJO; COLS 2010).

O suicídio vem aumentando a cada dia principalmente nesta fase da adolescência, de acordo com estimativas da Organização Mundial da Saúde (OMS), a mortalidade por suicídio aumentou 60% nos últimos 45 anos. Nesse período, os maiores coeficientes de suicídio mudaram da faixa mais idosa da população para faixas mais jovem sendo esta considerada o grupo de maior risco em 30 países. Na maioria dos países o suicídio situa-se entre as duas ou três causas mais frequentes de morte em adolescentes e adultos jovens na população de 15 a 29 anos de idade. Conforme menciona Sadock (2007) o suicídio em adolescente está relacionado à falta de capacidade de resolução dos problemas e estratégias para saber lidar com fatores estressores, falta de discernimento para lidar com conflitos familiar, fracassos e rejeições, pode auxiliar na decisão do ato.

A avaliação do risco de suicídio evidenciado por diversas pesquisas continua sendo um desafio aos profissionais da saúde que por vezes encontram dificuldades em ter essa análise, geralmente mais importante do que buscar a causa do suicídio de imediato (BORGES; WERLANG; COPATTI; 2008). A partir desses dados considera-se relevante este estudo para o

campo da saúde mental, apresentando as possibilidades de contribuição da aplicação de técnicas da terapia cognitivo comportamental em casos de ideação suicida, tentativas em adolescentes.

A terapia cognitiva comportamental (TCC) utiliza-se de técnicas diretivas e objetivas, baseadas na participação entre terapeuta e paciente para a identificação de pensamentos disfuncionais, ela possibilita autonomia deste sujeito na resolução dos seus conflitos (BECK, 1997).

Os objetivos do trabalho são verificar as contribuições da aplicação das técnicas da terapia cognitivo-comportamental em casos de ideação ou tentativa de suicídio em adolescentes. A partir do método de estudo de levantamento bibliográfico da produção da área nas bases de dados e livros e artigos científicos.

2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 SUICÍDIO

A palavra suicídio deriva do latim, sui (si mesmo) e caederes (ação de matar), sendo usada pela primeira vez por abade Desfontaines. Essa palavra foi incorporada posteriormente pela comunidade científica no século XIX, buscando-se explicações psiquiátricas e sociológicas para o tema (MORON, 1987).

O termo suicídio foi registrado em um dicionário pela primeira vez na Inglaterra com data de 1661, a Oxford English Dictionary, no entanto um século mais tarde, em 1755, a palavra suicídio não era mencionada em nenhum outro dicionário inglês, mostrando o tabu e o preconceito envolvendo o ato de tirar a própria vida. (ALVAREZ 1999 apud SOCZEK et al 2016)

Desde a Grécia antiga o suicídio era um tema discutido e aos longos dos anos ganhou novas concepções, na antiguidade na Grécia romana os cadáveres não tinham direito ao ritual fúnebre, outros acreditavam que seus corpos eram possuídos por maus espíritos. A visão sobre o ato suicida é recorrente a diversos períodos e culturas diferentes dificultando assim um consenso geral (CASSORLA 1998)

O suicídio é considerado uma junção de fatores ambientais, sociais, fisiológicos e biológicos, nos primórdios devido à ocultação de informações e dados imprecisos sobre os casos de suicídio utilizavam como dados arquivos judiciais, notícias de jornais e a própria literatura da época, muitas vezes o suicídio foi interpretado como um ato heroico, mas na maioria das vezes é considerado um

ato de reprovação social, no mundo grego não existiu uma unanimidade com relação à morte voluntária, cada escola filosófica tinha sua posição (CASSORLA 1998).

Em 1972, vários suicidólogos reuniram-se num “comitê de nomenclatura”, sob a coordenação de Aaron Beck e organizado pelo *National Institute of Mental Health* este comitê desenvolveu e publicou uma classificação para o comportamento suicida no ano 1973. Esta classificação considera três possibilidades de comportamento suicida: o suicídio consumado, as tentativas de suicídio e a ideação suicida (BECK, COLS 1973).

Em 2012, de acordo com a (OMS 2014) ocorreram 804.000 mortes por suicídio em todo o mundo, número que representa 11,4 mortes para cada 100 mil habitantes. Em países desenvolvidos, há um número de morte por suicídio de homens três vezes maior do que de mulheres. Entretanto, em países em desenvolvimento, a proporção é de 1,5 homens para cada mulher. Os suicídios são responsáveis por 50% de todas as mortes violentas entre os homens e por 71%, nas mulheres. O Brasil está entre os 10 países que registram os maiores números absolutos de suicídio, uma média de 24 mortes a cada dia. Do total de mortos, 79,3% são homens, prevalecendo uma razão de 3,8 homens para cada mulher, de acordo como Ministério da Saúde considerando, portanto, a assistência prestada ao paciente que realizou uma tentativa de suicídio como uma estratégia fundamental para a prevenção (BOTEGA 2010).

A adolescência é um conceito histórico que ganhou força o século XX e vem servindo para designar o tempo intermediário e indefinido entre a infância e a vida adulta (CALLIGARIS, 2000).

No Novo Dicionário Aurélio da Língua Portuguesa, está escrito que adolescente é aquele que “[...] está no começo, que ainda não atingiu todo o vigor”. Segundo Rapaport (1981) o termo adolescência vem do latim “adolescere” e significa “crescer ou crescer até a maturidade”. A puberdade é um processo decorrente das transformações biológicas e a adolescência é fundamentalmente psicossocial. Em nossa cultura ocidental, a adolescência é o período que se caracteriza pelo ajustamento sexual, social, ideológico, vocacional e de luta pela emancipação dos pais. E não somente uma fase terminal do crescimento biológico.

O adolescente é um sujeito que se encontra, naturalmente, em fase de transformações e descobrimentos e o processo de entender melhor sua existência. Em todo momento eles são cobrados para ter atitudes de adulto e, em outros momentos, são tratados como crianças. Todavia, todas essas atribuições, internas e externas, exercem uma força sobre ele, gerando ansiedade, que pode ser natural caso saiba como adaptar-se. Alguns adolescentes não possuem essa capacidade de resolver seus conflitos interno e acabam usando como artifício, o que julgam ser a única saída, o suicídio (OLIVEIRA; AMARAL 2007). E este é descrito por alguns adolescentes como algo que traz alívio (ARAÚJO; VIEIRA; COUTINHO, 2010).

No contexto nacional, mais pontualmente na cidade de Porto Alegre/RS, jovens de 15 a 17 anos apresentam uma prevalência de 36%. Devido às altas prevalências demonstradas, verifica-se que os jovens estão propensos a cometer tal ato (BORGES; WERLANG 2006).

Os riscos de suicídio são inúmeros, desde o pensamento, o planejamento até a tentativa, que pode se manifestar de várias maneiras, porém a sua avaliação é de extrema importância (SEMINOTTI; PARANHOS; THIERS, 2006).

Por meio desta, torna-se possível o auxílio preventivo ao sujeito em tal contexto, é notório que, nos casos em que há risco de suicídio, necessita-se o tratamento da ansiedade, muitas vezes com medicações próprias para a redução rápida da ansiedade e agitação (GOULD, 2010).

“Segundo Spirito (2003) de 80 a 90% dos adolescentes que tentam o suicídio são diagnosticados com um transtorno psiquiátrico. O diagnóstico mais comum para os adolescentes suicidas é a depressão. Com as comorbidades a chance de tentativas de suicídio é significativamente maior”.

2.2 Terapia Cognitivo Comportamental

Aaron Beck (1979) é um psiquiatra com formação psicanalítica tradicional que desenvolveu e cunhou o termo terapia cognitiva no início dos anos 1960, na Filadélfia, observou que suas teorias cognitivas eram influenciadas pelo trabalho de vários analistas pós-freudianos, como Adler, Horney e Sullivan (BECK, 1997). “A teoria dos construtos pessoais (crenças nucleares ou auto esquemas) de (Kelly 1955) e a terapia racional-emotiva de Ellis também contribuíram para o desenvolvimento das teorias e dos métodos cognitivo-comportamentais” (RAIMY, 1975 apud CLARK, 1999).

A teoria de Beck foi desenvolvida inicialmente para tratamento da depressão, hoje em dia ela abrange uma grande variedade de transtornos tais como: Transtorno de ansiedade, dependências químicas, transtornos da personalidade, transtornos alimentares, transtorno bipolar, casais e famílias e adolescentes entre outros. Em uma série de trabalhos publicados no início da década de 1960, ele descreveu uma conceitualização cognitiva da depressão na qual os sintomas estavam relacionados a um estilo negativo de pensamento em três domínios: si mesmo o mundo o futuro denominado como a “tríade cognitiva negativa”(BECK, 1963/1964).Beck desenvolveu uma psicoterapia estruturada, voltada para o presente, focada na resolução de problemas atuais e na mudança de pensamentos e comportamentos disfuncionais. “Em todas as formas de terapia cognitivo-comportamental derivadas do modelo de Beck, o tratamento está baseado em uma

formulação cognitiva, as crenças e estratégias comportamentais que caracterizam um transtorno específico” (BECK, JUDITH S 1997 apud ALFORD E BECK, 1997)

Segundo Beck (1995), a Terapia Cognitiva normalmente pretende abrandar a aflição emocional, corrigindo as interpretações possivelmente errôneas construídas pelo indivíduo. A emoção, portanto, torna-se disfuncional quando decorrente de pensamentos irrealistas ou absolutistas, interferindo na capacidade do paciente pensar de forma clara e objetiva. (RANGÉ, 2001)

Beck propõe que através de seu modelo cognitivo a intervenção do terapeuta está em uma compreensão de cada paciente em identificar suas crenças específicas e seus padrões de comportamento, conseguindo assim realizar mudanças no pensamento e em suas crenças, neste modelo ele pressupõe que existam níveis da avaliação cognitiva. A partir de uma crença nuclear surgem às crenças intermediárias e trazem os pensamentos automáticos. De acordo com Rangé (2011) “A terapia cognitiva trabalha basicamente com a identificação e reestruturação de três níveis de cognição: pensamentos automáticos, crenças intermediárias e crenças nucleares”.

Os pensamentos automáticos são conteúdos espontâneos que surgem na mente a partir de acontecimentos recorrentes influenciando assim as emoções e os comportamentos, as pessoas geralmente não tem consciência que tem esses pensamentos automáticos. “Quando as pessoas aprendem a avaliar seu pensamento de forma mais realista e adaptativa, elas obtêm uma melhora em seu estado emocional e no comportamento” (BECK, JUDITH S 1997)

Pessoas com transtornos psiquiátricos, como depressão ou ansiedade, frequentemente vivenciam inundações de pensamentos automáticos que são desadaptativos ou distorcidos. Esses pensamentos podem gerar reações emocionais dolorosas e comportamento disfuncional. Um dos indícios mais importantes de que os pensamentos automáticos podem estar ocorrendo é a presença de emoções fortes. (RANGÉ, 2011)

As crenças intermediárias são idéias ou pensamentos mais profundos que os pensamentos automáticos e se manifestam a partir de suposição ou regras e são sustentadas pelas crenças nucleares já as crenças nucleares são composta por idéias mais rígidas que o indivíduo tem sobre si mesmo, as pessoas e o mundo, tem um nível mais profundo na cognição, são formadas desde as primeiras experiências de aprendizagem e se fortalecem ao longo da vida (BECK, JUDITH 1997).

Segundo (BUTLLER; BECK, 2000) o processo cognitivo é entendido como uma avaliação que o indivíduo faz internamente das vivências, as cognições tem estreita relação com as reações

emocionais. À medida que a terapia comportamental se expandia, vários investigadores proeminentes – como Meichenbaum (1977) e Lewinsohn e colaboradores (1985)- começaram a incorporar as teorias e estratégias cognitivas a seus tratamentos.

Psicoterapia cognitivo-comportamental é uma prática de ajuda psicológica que se baseia em uma ciência e uma filosofia do comportamento caracterizada por uma concepção naturalista e determinista do comportamento humano, pela adesão a um empirismo e a uma metodologia experimental como suporte do conhecimento e por uma atitude pragmática quanto aos problemas psicológicos (RANGÉ, 2011 apud CANFIELD 2015).

2.3 TÉCNICAS COGNITIVO-COMPORTAMENTAL

Para cada paciente com ideação suicida existe um modelo cognitivo que visa identificar as crenças centrais desse adolescente, seus padrões de comportamentos, levando em consideração a particularidade de cada pessoa, como a categoria dos “pacientes suicidas” não são semelhantes.

Alguns suicidologistas, por exemplo, tem argumentado que existem (pelo menos) duas classes de pacientes suicidas-aquelas que são caracterizados por uma sensação penetrante de desesperança e um forte desejo de morrer e aqueles para quem a desesperança e a intenção de morrer não são características salientes, mas que tem dificuldades em regular o humor e o comportamento impulsivo ou que fazem tentativa para comunicar algo aos outros..(WENZEL; BROWN;BECK 2010).

No início do tratamento com as técnicas da TCC, é fundamental identificar a forma de pensamento desse sujeito com o objetivo de verificar a presença de comportamentos adaptativos e habilidades desenvolvidas ou não, pois assim consegue-se identificar em qual dos dois tipos de paciente esse sujeito mais se caracteriza, sendo o primeiro tipo que tem repertorio e habilidades para a resolução de problemas porem tem dificuldades em utilizá-las devido a crenças disfuncionais precisando de auxílio na identificação do problema e de respostas que afetam na cognição, e os que não apresentam esse repertorio de resolução de problema, precisando assim de uma orientação direta do terapeuta aprendendo a imaginar possibilidades e praticar para que assim possa adquirir uma melhor auto eficácia (BECK, 2013).

A TCC vem sendo muito utilizada em casos de adolescentes com ideação ou tentativa de suicídio, alguns elementos são primordiais para o atendimento deste adolescente como, por exemplo, o papel da família que realiza uma parte fundamental para o tratamento com esses adolescentes (WENZEL; BROWN; BECK 2010).

A família precisa estar envolvida neste tratamento para que assim ela consiga dar o suporte necessário para este adolescente, podendo ajudá-los a mantê-los no tratamento, incentivando a comparecer as seções de terapia, podem contribuir com informações sobre os eventos que acontecerão antes da crise suicida, conseguem facilitar a inserção do plano de segurança. Em casos de um aumento significativo ela é informada se houver um aumento significativo na ideação suicida podendo assim monitorar estes adolescentes, assim restringindo o acesso a meios letais e observando se há aumento na ideação suicida, identificado os sinais de alerta, contribuindo com estratégias de *coping* e podendo entrar em contato com o psicólogo durante uma crise, podem desempenhar um papel de apoio emocional durante o processo do tratamento (WENZEL; BROWN; BECK 2010).

Ainda segundo o mesmo autor outro elemento importante é a confidencialidade, que acaba sendo um pouco mais complexo devido ao fato de a maioria dos adolescentes serem menores de idade e muitas vezes serem trazido ao tratamento por seus pais. Para as intervenções O psicólogo precisa abordar este tema logo no início do tratamento para que possa ter um vínculo terapêutico e para que o adolescente compreenda que tudo o que for discutido ficara privado ali porem se o psicólogo perceber que o adolescente está apresentado um risco para si mesmo ou para os outros a confidencialidade precisará ser quebrada.

Segundo Beck (2013), o terapeuta pode ajudar o paciente a conseguir pensar e agir de forma mais adaptativa e funcional, através de treinamento de habilidades e resolução de problemas, incentivando assim a conseguir expor os problemas que traz sofrimento em seu cotidiano e assim conseguir pensar em possíveis soluções através do questionamento de como ele aconselharia alguém que está passando por aquela mesma situação ou quais possíveis soluções ele apresentaria para essa pessoa.

Ao final da primeira sessão deve ser desenvolvido um plano de segurança, “que inclui lista de sinais de alerta, estratégias de auto-ajuda e informações para contatar membros da família, profissionais da saúde mental e serviços de emergência”. É preciso incluir um responsável para contatar qualquer ideação suicida, o plano de segurança inclui responsabilidades da família para que eles possam fazer a casa do adolescente ficar segura, removendo todos os objetos cortantes, medicamentos, arma de fogo, identificação de sinais de alerta, e outros itens do plano de segurança que a família deve conter(WENZEL; BROWN; BECK 2010).

O uso de aplicação de técnicas da TCC em comportamentos de pacientes adolescentes suicidas tem seu objetivo primordial o desenvolvimento de estratégias e repertorio para a resolução de problemas, desenvolvendo o autoconhecimento, o aumento da autoestima, uma melhor qualidade de vida, ter uma modificação de comportamentos disfuncionais, buscando uma melhora na comunicação na identificação dos sentimentos, melhor interação social (OMS,2006).

Em todo o período do tratamento o terapeuta e o paciente formam uma equipe de trabalho, o terapeuta e o paciente têm um papel ativo no tratamento, para que isso ocorra o vínculo terapêutico é fundamental, esse vínculo acaba se tornando mais fácil de adquirir devido a esse trabalho feito em conjunto, e assim o adolescente consegue adquirir confiança no terapeuta, pois ele está participando ativamente deste processo e sabe como vai proceder ao tratamento (WENZEL; BROWN; BECK 2010).

Considerando que as ideações suicidas podem ser geradas por distorções cognitivas e pensamentos disfuncionais que geram sentimentos negativos, as técnicas da TCC nestes casos, devem ter por objetivo a modificação destes pensamentos através da percepção e desenvolvimento de habilidades do sujeito, no enfrentamento de problemas e situações, trabalhando de maneira mais racional e realista (CANFIELD, 2005).

A psicoeducação é a primeira técnica a ser utilizada no processo terapêutico, tem seu papel fundamental na estruturação do atendimento com o paciente adolescente com ideações suicidas, a mesma tem sua função de que esse adolescente tenha o conhecimento do que será feito durante os atendimentos, de como a TCC funciona, adquirir conhecimento sobre a situação que está vivendo e traz alguns exercícios para esse adolescente fazer como, por exemplo, uso de caderno na terapia, tarefas para serem feitas em casa. A psicoeducação e a reestruturação cognitiva andam juntas e a reestruturação traz para o paciente intervenções para que ele consiga identificar seus pensamentos distorcidos, suas crenças disfuncionais específicas a ideação suicida, como por exemplo, ele anotar os pensamentos que vem a sua mente quando está tendo essas ideações, qual foi o evento antecessor desses pensamentos para que assim possa ir tendo um conhecimento melhor e o terapeuta possa ir instruindo o paciente a aprender a identificar esses pensamentos e de qual forma ele pode mudar isso (RANGÉ 2011).

É importante desenvolver com esses adolescente também metas para que assim ele consiga ter objetivos específicos e gerar nele esperança de realização dessas metas, ao final da primeira sessão é importante estabelecer tais metas, pois a partir daí já se tem o conhecimento prévio sobre a queixa e os recursos que o paciente tem, são relevantes na formulação destas metas escreverem quais são os problemas que o adolescente precisa superar e qual a prioridade de cada meta, ele pode escrever essas metas em seu caderno para que assim tenha um acesso rápido a elas, é preciso sempre estar revisitando essas metas durante todo o tratamento para que o adolescente não venha esquecer as metas e para que ele consiga ver seus resultados e assim ir estabelecendo novas metas ao longo do processo (RANGÉ 2011).

Estratégias de *coping* afetivo são importantes para que os adolescentes consigam ter um melhor controle sobre suas emoções, os adolescentes em sua maioria nos momentos de crise não

conseguem identificar suas emoções ou lidar com eles, para que ele consiga ter uma visão melhor a essas emoções é utilizado o conceito do Termômetro de Emoções essa tarefa pode ajudá-los a identificar quais situações tende a aumentar a sua temperatura emocional, o terapeuta começa usando um termômetro em branco de 0 a 100 e pede ao adolescente que nomeiem como ele se sentem quando está perto de perder o controle(WENZEL; BROWN; BECK 2010).

A técnica de treino de relaxamento e exercícios de respiração é utilizada no controle dos sintomas fisiológicos e pode vir auxiliar o adolescente em casos de crises de pensamentos suicidas, a exposição ou dessensibilização sistemática tem por objetivo colocar o adolescente frente aos seus medos proporcionando assim novas respostas (CANFIELD, 2005).

Usar cartas hipotéticas de resolução de problemas que são escritas por outros adolescentes a um especialista em resolver problemas, é uma técnica utilizada com o intuito de esse adolescente aprender habilidades de estratégias de resolução de problema, pois alguns adolescentes conseguem adquirir essas estratégias se distanciando de seu próprio problema. Outra técnica que pode ser utilizado é o kit de esperança, pois muitos adolescentes em momento de crise recorrem à tentativa de suicídio, pois percebe que não tem razões para viver este kit é para que esses pacientes venham colocar itens que fazem lembrar-se de coisas importantes que ele tem em sua vida, ele pode colocar em seu kit fotos de familiares, objetos que traz algum sentido para ele, recados, músicas, e outras coisas que traz algum significado para esse adolescente (WENZEL; BROWN; BECK 2010).

Ao se aproximar o final do tratamento o terapeuta começa a trabalhar com esse adolescente a prevenção de recaídas, este trabalho é na preparação de possíveis problemas e para que o paciente possa estar ciente das situações de risco, desta forma o mesmo consiga identificar os sinais de recaídas e desenvolver planos para conseguir lidar com esta situação, verificar se há algum futuro problema ou pensamento, expectativas que seja irrealista, por pensar que este tratamento está finalizando ele nunca mais vai encontrar dificuldades, e trabalhar junto com esse adolescente para fazer essa desmistificação(KNAPP, 2004).

3. RESULTADO E DISCUSSÃO

Na primeira etapa da coleta de dados, obtiveram-se os seguintes resultados gerais, apresentado na tabela 1.

Tabela 1. coleta de dados

Bases de Dados	Descritores	Numero de Artigo
----------------	-------------	------------------

SciELO	Tentativa de suicídio em adolescentes	2
	Ideação suicida em adolescentes	17
	TCC	10
Bireme	Ideação Suicida	49
	Ideação Suicida e a TCC	1
	Suicídio	26

Na população jovem (15 a 29 anos), na qual está incluída a faixa etária final da adolescência (15 a 18 anos), o aumento foi de 15,3%, passando de 2.515 para 2.900 suicídios entre 2002 e 2012. A taxa de suicídio, nessa população, passou, no mesmo período, de 5,1/100 mil para 5,6/100 mil jovens tendo assim um aumento de 10%, ocupando o país a 60ª posição na classificação mundial. (WASELFSZ, 2014)

Tabela 2. Taxas de suicídio por região

Tabela Número de suicídios na População Jovem por UF e Região. Brasil.												
UF/REGIÃO	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	% 02/12
NORTE	195	202	225	211	209	254	308	282	274	301	321	64,6
NORDESTE	559	623	564	633	676	753	716	679	721	772	706	26,3
SUDESTE	950	954	916	873	986	921	940	992	1.044	1.131	1.063	11,9
SUL	528	549	579	599	536	535	595	539	506	487	509	-3,6
CENTRO-OESTE	283	285	302	281	261	274	306	283	270	263	301	6,4
BRASIL	2.515	2.613	2.586	2.597	2.668	2.737	2.865	2.775	2.815	2.954	2.900	15,3

Fonte: Waiselfisz (2014)

A região com maior aumento de suicídio é a região Norte onde se obteve um crescimento de 64,6% nesse período de 10 anos, já na região Sudeste é onde se destaca o grande número de casos por ano. O sociólogo Julio Jacobo Waiselfisz (2014) destaca que "É como se os suicídios se tornassem invisíveis, por ser um tabu sobre o qual mantemos silêncio. Os homicídios são uma epidemia. Mas os suicídios também merecem atenção porque alertam para um sofrimento imenso, que faz o jovem tirar a própria vida".

Na região Centro-Oeste e Norte as taxas de suicídio em jovens são consideradas maior devido ao fenômeno que os especialistas costumam associar aos suicídios em indígenas no Mato Grosso do Sul (13,6) e Amazonas (11,9). Na faixa etária de 15 a 29 anos, a taxa de suicídio tem se mantido sempre um pouco acima da verificada na população brasileira como um todo, segundo a publicação "Os Jovens do Brasil", lançada por Waiselfisz em 2014, com um capítulo sobre o tema. Segundo

a publicação, o Brasil ainda apresenta taxas de suicídio relativamente baixas na comparação internacional feita com base em dados compilados pela ONU.

O gráfico abaixo tem por objetivo identificar a prevalência de ideação suicida em adolescentes, com estudos feitos no Brasil.

Tabela 3 – prevalência e fatores associados à ideação suicida na adolescência 2002-2010

Estudo	País	Sujeito da Pesquisa	Prevalência	Fatores Altamente Significativos
Borges e Welang (2006)	Brasil	Adolescente de 15 a 19 anos	36%	Depressão, conhecer pessoas que tenha tentado suicídio, Desesperança.
Jatobá e Bastos (2007)	Brasil	Adolescente de 14 a 16 anos	34,3%	Sintomas depressivos, ansiedade
Baggio Palazzo e Aerts (2009)	Brasil	Adolescente de 12 a 18 anos	6,3%	Agressão por parte dos pais e dos colegas. Solidão, depressão. Tristeza, poucos amigos próximos
Freitas e Botega (2002)	Brasil	Adolescente de 14 a 18 anos	16,7%	Depressão, preocupação. Pouco apoio social
Werlang e Borges(2005)	Brasil	Adolescente de 15 a 19 anos	37%	Depressão, conhecer pessoas que tenha tentado suicídio
Araújo; Vieira; Coutinho, (2010)	Brasil	Adolescente de 14 a 18 anos	22,2%	Solidão, desesperança, sofrimento Psíquico

Para os autores Borges e Welang (2006), Jatobá e Baston (2007), Baggio Palazzo e Aerts (2009), Freitas e Botega (2002), Werlang e Borges (2005), Araujo, Coutinho (2010), e os achados em relação à faixa etária conclui-se que a prevalência de suicídio se da entre os 15 a 26 anos.

Os dados obtidos reforçam que a presença de risco aumenta o índice de tentativas de suicídio entre os adolescentes, nos artigos a depressão aparece com grande frequência relacionada ao comportamento suicida. Segundo a OMS (2006) cerca de 60% dos indivíduos que comentem o suicídio apresentam sintomas de depressão, em adolescentes cerca de 90% dos casos estão ligados a distúrbios psicológicos não só a depressão mais também a ansiedade e problemas com comportamentos sociais.

É preciso também um olhar atento tanto do terapeuta quanto da família que o adolescente está passando por uma fase com diversas mudanças tanto físico quanto emocional, pois nesta fase que se começa a busca pela sua identidade, e são gerados vários questionamentos que a imaturidade não permite responder causando assim frustração e gerando sentimentos de desesperança.

Tabela 4-leitura dos estudos selecionados permitiu a categorização das técnicas da terapia cognitivo comportamental mais utilizada.

Estudos	Sujeito	Técnicas Utilizadas
Canfield, J.(2015)	Jovens de 15 a 24 anos	Treino de relaxamento e respiração, exposição ou dessensibilização sistemática, reestruturação cognitiva, Treino de habilidades sociais.
Marback, Roberta Ferrari; Pelisoli, Cátula (2014)	Adolescentes 15 a 29 anos	Reestruturação cognitiva, planos de segurança, habilidades de resolução de problemas e reduzir comportamentos de impulsividade, prevenção de recaída.
Roskosz, Simone Küller Chaves ,Soczekv(2016)	Adolescentes 15 a 29 anos	Desenvolvimentos de habilidades e repertório para a resolução de problemas, autoconhecimento, modificação de comportamentos disfuncionais, Psicoeducação

Apesquisa bibliográfica permitiu comprovar a eficácia da TCC no tratamento, os autores Canfield, (2015), Marback, Ferrari; Pelisoli, Cátula (2014), Roskosz, Küller Chaves ,Soczekv(2016), citam as técnicas da TCC que são utilizadas e foi possível observar que para uma boa intervenção é necessário que o terapeuta utilize a psicoeducação como forma de integrar este adolescente de seu tratamento, a reestruturação cognitiva que tem como seu objetivo modificar os pensamentos automáticos e as crenças disfuncionais, o treinamento de relaxamento para auxiliar no controle dos sintomas fisiológicos, a dessensibilização sistemática que possibilita colocar este adolescente frente a seus medos, o treino de habilidades sociais auxiliando a reconhecer seus limites nas habilidades sociais, o plano de segurança também é um técnica muito utilizada para que esses adolescentes em momento de crise possa ter aonde recorrer evitando futuras tentativas e a prevenção de recaídas .

A partir dos estudos realizados pode se observar que a ideação ou mesmo a tentativa de suicídio é uma forma de comunicação, transformando esses atos em falas por não conseguirem comunicar seus sentimentos, seus medos, suas inseguranças, Com a ilusão do crescimento e a falta de um lugar os jovens e adolescentes se sentem sem espaço e frustrados, e podem buscar soluções rápidas e por este meio comportamental se tornando agressivos e com ideações suicidas.

A idéia suicida se apresentada nos jovens adolescente manifestando um pedido de ajuda diante de um sofrimento muito grande, assim sendo, uma dor psicológica insuportável, a ideação suicida é o principal fator de risco para os jovens com tendências ao suicídio, ansiedade e depressão é o transtorno mental mais comum associado ao suicídio e ainda se nota a associação entre ideação suicida e comportamentos agressivos com o uso de álcool e substâncias psicoativas entre os adolescentes. Tendo em vista o agravamento destes ideais suicidas entre nossos jovens é preciso o desenvolvimento imediato de estratégias na prevenção ao suicídio, com ação contundente que atinja nosso principal alvo que são os jovens e adolescentes, protegendo e criando uma rede de apoio ao adolescente (WENZEL; BROWN; BECK 2010).

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Por meio desta pesquisa realizada pode-se concluir que este tema é de extrema complexidade e de suma relevância, pois com o aumento das taxas de tentativa e de suicídio em adolescentes traz uma preocupação alarmante, e as pesquisas indicaram que o suicídio é um fenômeno pessoal e os fatores de maior prevalência são por aspectos sociais, psicológicos, familiares, transtornos como depressão e ansiedade.

O estudo permitiu constatar que as técnicas utilizadas pela terapia cognitivo comportamental têm mostrado resultado eficientes no tratamento, conseguindo assim a redução e até mesmo a extinção dessas ideias ou tentativas quando estão aliadas ao compromisso, a sensibilidade a aliança terapêutica estabelecida e mantida durante todo o processo, o terapeuta pode torna-se um alicerce seguro para este adolescente ao gerar para ele um grau de esperança, para ajudá-lo a seguir em frente e conseguir que o risco de suicídio seja amenizado ao enfatizar as estratégias cognitivas e a elaboração de estratégias objetivas, auxiliando assim a ter um autonomia sobre si e inserindo essas estratégias ao seu uso diário, a prevenção de novas ideias ou tentativas com o auxílio da família.

Nessa pesquisa bibliográfica pode se observar a escassez de materiais que abordassem a terapia cognitivo comportamental como forma de tratamento a pacientes adolescentes com ideação ou tentativa de suicídio, abrindo espaço para a sugestão de novas pesquisas, pois a demanda está a cada dia crescendo mais e é preciso um novo olhar para esses adolescentes e novas investigação para a efetividade dessas técnicas utilizadas para o tratamento e também para a prevenção.

O suicídio entre jovens e adolescentes se tornou um problema de Saúde Pública e nos deixa em estado de alerta, a escola, família e profissionais da saúde. Cabe ressaltar que a prevenção torna se importante oferecer um suporte psicológico diante da sua crise e sofrimento emocional, prevenindo assim mortes prematuras no auge da idade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABASSE, Maria Leonor Ferreira et al . **Análise epidemiológica da morbimortalidade por suicídio entre adolescentes em Minas Gerais, Brasil.** Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro.

AQUINO, Thiago Antônio Avellar de et al . **Atitude religiosa e sentido da vida: um estudo correlacional.** Psicol. cienc. prof., Brasília, v. 29, n. 2, p. 228-243, jun. 2009.

ARAÚJO, L. C., Vieira, K. F. L., & Coutinho, M. P. L. (2010). **Ideação suicida na adolescência: um enfoque psicossociológico no contexto do ensino médio.** Psicologia - Universidade São Francisco, 15(1), 47-57.

ARAÚJO, Luciene da Costa; VIEIRA, Kay Francis Leal; COUTINHO, Maria da Penha de Lima. **Ideação suicida na adolescência: um enfoque psicossociológico no contexto do ensino médio.** Psico-USF (Impr.), Itatiba , v. 15, n. 1, p. 47-57, Apr. 2010

BASCO, Monica R.; THASE, Michael E.; WRIGHT, Jesse H. **Aprendendo a terapia cognitivo-comportamental um guia ilustrado.** Porto Alegre: Artmed, 2008.

BECK, JUDITH S. **Terapia Cognitiva: Teoria e Prática.** Porto Alegre: Artmed, 2007.

BORGES, V. R., & Werlang, B. S. G. (2006). **Estudo de ideação suicida em adolescentes de 15 a 19 anos.** Estudos de Psicologia, 11(3), 195-209.

BOTEGA, Neury José et al . **Prevalências de ideação, plano e tentativa de suicídio: um inquérito de base populacional em Campinas, São Paulo, Brasil.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 25, n. 12, p.2632-2638, Dec. 2009

BRASIL. Ministério da Saúde. (2006b). **Prevenção do suicídio: manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental**. Organização Pan-Americana da Saúde. Universidade Estadual de Campinas.

CALLIGARIS, C. **A adolescência**. São Paulo: Publifolha, 2000

Cassorla, R. M. S. (1998). **Dosuicídio: estudos brasileiros**. 2ª ed. São Paulo

CANFIELD, J. **A Terapia Cognitivo – Comportamental e o Suicídio. Quais as possibilidades de tratamento?** São Paulo, 2015.

KNAPP, P. **Terapia cognitivo-comportamental na prática psiquiátrica**. Porto Alegre: Artmed, 2004.

KELLY DE LARA SOCZEK, Flávia Laís Souza Roskosz et al. **Suicídio na adolescência e terapia cognitivo-comportamental**. PONTA GROSSA, 2016. - faculdade sant'ana, 2016

LEAHY, Robert L. **Técnicas de terapia cognitiva manual do terapeuta**. Porto Alegre: Artmed, 2008.

MARBACK, Roberta Ferrari; PELISOLI, Cátula. **Terapia cognitivo-comportamental no manejo da desesperança e pensamentos suicidas**. Rev. bras.ter. cogn., Rio de Janeiro , v. 10, n. 2, p. 122-129, dez. 2014

MOREIRA, Lenice Carrilho de Oliveira; BASTOS, Paulo Roberto Haidamus de Oliveira. **Prevalência e fatores associados à ideação suicida na adolescência: revisão de literatura**. Psicol.Esc. Educ., Maringá , v. 19, n. 3, p. 445-453, Dec. 2015.

OLIVEIRA, A., & Amaral, V. (2007). **Análise factorial de correspondências na investigação em psicologia: uma aplicação ao estudo das representações sociais do suicídio adolescente**. *Análises Psicológicas*, 25(2),271-293.

ORES, Liliane da Costa et al . **Risco de suicídio e comportamentos de risco à saúde em jovens de 18 a 24 anos: um estudo descritivo**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro , v. 28, n. 2, p. 305-312, Feb. 2012 .

ORGANIZAÇÃO Mundial da Saúde. **Prevenção do suicídio: Manual para professores e educadores. Transtornos Mentais E Comportamentais**. Departamento De Saúde Mental. Genebra, 2000

RAPPAPORT, C. R. **Psicologia do desenvolvimento**. São Paulo: EPU, 1981.

saúde. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, v. 06, n. 02, p. 143-152, 2004.

SEMINOTTI, E. P., Paranhos, M. E., & Thiers, V. O. (2006). **Intervenção em crise e suicídio: análise de artigos indexados**. Recuperado: 17/09/2017

SILVA, Tatiana de Paula Santana da; SOUGEY, Everton Botelho; SILVA, Josimário. **Estigma social no comportamento suicida: reflexões bioéticas**. *Rev. Bioét.*, Brasília, v.23, n.2, p.419-426, Aug.2015.

SILVA, Viviane Picinato da; BOEMER, Magali Roseira - **O suicídio em seu mostrar-se a profissionais de**

WAISELFISZ, J. J. (2014). **Mapa da Violência 2014** : os jovens do Brasil. Brasília

WANG, Y. P; RAMADAM, Z. B. A. **Epidemiologia do Suicídio**. In: MELEIRO, A. M. A.S;

TENG, C. T; WANG, Y. P. **Suicídio: Estudos Fundamentais** São Paulo. Segmento Farma, 2004. MOREIRA, L. C. O; BASTOS. P. R. H. O.

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. E. **Aprendendo a terapia cognitivo-comportamental: um guia ilustrado.** Porto Alegre: Artmed, 2008. 224 p.