



TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL: MANEJO CLÍNICO DE PACIENTES COM RISCO DE SUICÍDIO

Acadêmica: Steffani Carla Quiles Rocha

Discente do curso do 10º semestre de Psicologia do UNIVAG - Campus Cuiabá

E-mail: steffaniquiles@hotmail.com

Alex Zopeletto da Silva

Docente do Centro Universitário de Várzea Grande – UNIVAG

alex.zopeletto@univag.edu.br

Juliana Batista Fitaroni

Docente do Centro Universitário de Várzea Grande– UNIVAG

Responsável Técnica da clínica-escola de Psicologia do Univag – Campus Cuiabá

Juliana.fitaroni@univag.edu.br

RESUMO

Este trabalho reflete sobre a experiência clínica vivenciada durante o Estágio Básico Supervisionado: Políticas de Saúde II – Clínica, realizado no Centro Universitário de Várzea Grande – UNIVAG, Campus Cuiabá. A prática teve como base teórica a Terapia Cognitivo-Comportamental, desenvolvida por Aaron Beck, e foi executada por estagiários(as) do 10º semestre sob orientação acadêmica e institucional. Neste específico resumo para a Mostra de Estágio 2025/2, ater-se-á apenas a uma das temáticas atendidas no campo: o atendimento a pessoas com risco de suicídio. A atividade principal neste semestre, teve como objetivo os atendimentos na Clínica-Escola, com supervições semanais e estudos recomendados pelo supervisor. Portanto, foi prestado serviços de psicoterapia tanto para pacientes novos, como para continuidade de psicoterapia de pacientes do semestre anterior. O conceito de ideação suicida envolve nuances: desde pensamentos passageiros de que a vida não vale à pena ser vivida até preocupações intensas sobre por que viver ou morrer. O terapeuta deve procurar se atentar e avaliar o risco iminente de suicídio, no entanto, deve-se levar em consideração se há apenas um pensamento, se há a ideação, ou ainda, se há de fato um planejamento. Deve-se, necessariamente, averiguar se já houve tentativas anteriores. A intuição a respeito de um risco de suicídio interrompe certa predisposição à passividade da escuta e nos põe em alerta. É muito importante compreender em que momento ou fase está esse paciente, e também como ele está psicologicamente, pois se houver de fato um planejamento, o posicionamento do psicólogo deve ser diferente, por exemplo, se há apenas um pensamento distante ou apenas um desabafo de alguém que está apenas cansado. Pois, se há um planejamento ou forte ideação, deve-se quebrar o sigilo e traçar um plano de segurança, porém, se não houver risco algum ao paciente, deve-se evitar a quebra de sigilo e procurar estabelecer um vínculo terapêutico, buscando a confiança desse paciente. Segundo Botega, o risco de suicídio, por mais cuidado que tenhamos em sua formulação, distancia-se da noção de previsão de quem irá, ou não, tirar a própria vida. Quando nos referimos a graus de risco – baixo, moderado ou alto –, estamos nos referindo a probabilidades, de menor ou maior monta, de que um suicídio venha a ocorrer em um futuro próximo. Não há fórmula simples, nem escalas que possam fazer essa estimativa com precisão. Vale destacar que, uma única tentativa de suicídio, independente da intenção suicida, já aumenta o risco de novas tentativas (Botega, 2015). Lembremos, também, que, em cerca de metade dos casos de suicídio, houve uma tentativa prévia de pôr fim à vida. Por isso, perguntar sobre tentativas faz parte da avaliação sistemática do risco de suicídio. Sabe-se o quanto cuidar de um



paciente com intenções suicidas é uma tarefa desafiadora e estressante. É preciso suportar a angústia e circular pelo inferno pessoal do paciente, conhecê-lo. José Botega nos alerta que, muitas vezes, o medo de o paciente vir a se matar bloqueia nossa capacidade de lidar com esse perigo. Pode ser difícil para um profissional da saúde perceber isso e, dessa forma, acalmar-se com a sutil, mas importante, diferença que existe entre ser responsável pelo tratamento de um paciente suicida e ser responsável pela vida, e mesmo pelo suicídio, de um paciente (Botega, 2015). Ao falarmos de taxas e índices de suicídio, vale destacar que, segundo Beck, de acordo com a APA, as taxas de suicídio entre pessoas deprimidas são 20 vezes maiores do que na população em geral, com cerca de 15 a 20% de todos os pacientes deprimidos tirando a própria vida em algum momento. As mulheres têm cerca de três vezes mais chances de tentar o suicídio do que os homens, mas os homens têm cerca de três vezes mais chances de morrer, porque tendem a escolher métodos mais letais (especialmente armas de fogo). A depressão é o transtorno mais comum entre as pessoas que cometem suicídio e é responsável por cerca de metade de todos esses eventos. (Beck, 2025). Descobriu-se que a terapia cognitiva para tentativas recentes de suicídio reduz a frequência de tentativas subsequentes em cerca de metade. Bryan, por meio da Terapia cognitivo-comportamental breve, nos traz de forma didática como trabalhar no manejo, estabilização e prevenção de recaídas, o autor alega que, a partir de uma perspectiva clínica, o plano de tratamento fornece uma estrutura essencial para o processo de tratamento, uma característica que é especialmente importante ao trabalhar com pacientes de alto risco, que com frequência têm vidas caóticas e dificuldades para regular as emoções. Em muitos aspectos, o plano de tratamento delinea a linha de partida, a linha de chegada e os limites do tratamento, possibilitando, assim, que tanto o paciente quanto o clínico mantenham um foco claro nas metas e nos objetivos do tratamento e possam avaliar o progresso (ou a falta deste) na direção desses objetivos (Bryan, 2024). No âmbito do estágio, fez-se um primeiro acolhimento, compreendendo o que se estava passando com o paciente atendido, feito uma estabilização, e ao identificar o risco iminente de suicídio, foi avisado ao paciente sobre a quebra de sigilo afim de mantê-lo em segurança, também foi feito o encaminhado ao CAPS. O Plano de Segurança foi elaborado na sessão seguinte junto ao paciente, de acordo com a realidade específica dele, e entregue a ele para, se caso ele sentisse necessidade, utilizar de forma rápida e segura. Ao tratar-se de um plano de segurança, alguns pontos são fundamentais e devem constar: Sinais de alerta (indicadores pessoais de crise) identificar pensamentos, sentimentos, comportamentos ou situações que sinalizam o início de uma crise, por exemplo, isolamento social, crises de ansiedade, sentimentos de desesperança ou tristeza profunda, dentre outros; Estratégias de enfrentamento internas, como atividades ou técnicas que a pessoa pode usar sozinha para reduzir o sofrimento, seja uma meditação, fazer algo que gosta, ouvir uma música, praticar uma atividade física, qualquer coisa que faça sentido para o paciente; Contatos sociais e ambientes que oferecem distração, pessoas ou locais que ajudam a aliviar a tensão, sem necessidade de falar diretamente sobre suicídio, seja sair para conversar com um amigo, ou fazer uma chamada de vídeo com alguém querido; Pessoas com quem posso falar sobre a crise, contatos de confiança com quem a pessoa pode conversar abertamente sobre o que está sentindo; Profissionais e serviços de emergência, contatos de ajuda profissional em situações de alto risco, pode ser seu contato de emergência (familiar ou amigo), Samu, CVV, Bombeiros, dentre outros; Tornar o ambiente mais seguro, medidas para reduzir o acesso a meios letais (armas, medicamentos, objetos cortantes, etc.); Motivos para viver, identificar razões pessoais e significativas para continuar vivo. Durante esse período de estágio na Clínica-Escola, foi possível aprimorar os conhecimentos, desenvolver habilidades práticas e, sobretudo, crescer como futura profissional da Psicologia. Essa experiência foi fundamental para a formação pessoal e profissional. A troca tanto entre acadêmicos, quanto com os professores em supervisão, trouxe aprendizados imensuráveis da prática clínica e enriquecimento profissional. O estágio não promove apenas



a inserção no serviço psicológico, mas também a compreender o valor ético da profissão, o cuidado e acolhimento humanos, o trabalho em equipe, o respeito ao Código de Ética, e acima de tudo, o respeito a cada paciente atendido, da sua estória e suas demandas.

Palavras-chave: Terapia Cognitivo-Comportamental. Suicídio. Manejo Clínico. Plano de Segurança.

REFERÊNCIAS:

BECK, Aaron T. [et al.] **Terapia cognitiva da depressão** [recurso eletrônico]. – 2. ed. – Porto Alegre : Artmed, 2025. E-pub.

BOTEGA, Neury José. **Crise suicida : avaliação e manejo** [recurso eletrônico] Porto Alegre: Artmed, 2015. e-PUB.

Bryan, Craig J. **Terapia cognitivo-comportamental breve para prevenção do suicídio.** [recurso eletrônico] Porto Alegre : Artmed, 2024. E-pub.