



**UNIVERSIDADE DO SUL DE SANTA CATARINA**  
**HELLEN AMANDA LIMA DE OLIVEIRA FREITAS**  
**KAUANY LUANA VIEIRA**  
**LUANA DA SILVA DOS SANTOS**

**A GESTALT TERAPIA E A TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL NO  
MANEJO CLÍNICO EM ADOLESCENTES COM COMPORTAMENTO  
SUICIDA**

Florianópolis

2023

**HELLEN AMANDA LIMA DE OLIVEIRA FREITAS**

**KAUANY LUANA VIEIRA**

**LUANA DA SILVA DOS SANTOS**

**DIFERENÇAS ENTRE A GESTALT TERAPIA E A TERAPIA COGNITIVA-  
COMPORTAMENTAL NO MANEJO CLÍNICO EM ADOLESCENTES COM COMPORTAMENTO  
SUICIDA**

Trabalho de Conclusão de Curso  
apresentado ao Curso de Psicologia da  
Universidade do Sul de Santa Catarina  
como requisito parcial à obtenção do  
título de Bacharel em Psicologia.

Orientador: Prof. Mauricio Maliska, Dr.

Florianópolis

2023

**HELLEN AMANDA LIMA DE OLIVEIRA FREITAS**

**KAUANY LUANA VIEIRA**

**LUANA DA SILVA DOS SANTOS**

**DIFERENÇAS ENTRE A GESTALT TERAPIA E A TERAPIA COGNITIVA-  
COMPORTAMENTAL NO MANEJO CLÍNICO EM ADOLESCENTES COM COMPORTAMENTO  
SUICIDA**

Este Trabalho de Conclusão de Curso foi julgado adequado à obtenção do título de Bacharel em Psicologia e aprovado em sua forma final pelo Curso de Psicologia da Universidade do Sul de Santa Catarina.

Florianópolis, 01 de dezembro de 2023

---

Professor e orientador Mauricio Maliska, Dr.  
Universidade do Sul de Santa Catarina

---

Luana Taline Schmitt, Lic.

---

Prof. Luiza Wille Augustin, M.a  
Universidade do Sul de Santa Catarina

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO</b>	<b>6</b>
<b>PROBLEMA DE PESQUISA</b>	<b>8</b>
<b>OBJETIVOS</b>	<b>8</b>
<b>MÉTODO</b>	<b>8</b>
<b>CONCEITO DE SUICÍDIO</b>	<b>9</b>
<b>CONCEITO DE ADOLESCÊNCIA</b>	<b>10</b>
<b>ABORDAGEM TEÓRICA: GESTALT-TERAPIA</b>	<b>11</b>
<b>ADOLESCÊNCIA NA GESTALT-TERAPIA</b>	<b>12</b>
<b>SUICÍDIO DE ACORDO COM A GESTALT-TERAPIA</b>	<b>13</b>
<b>MANEJO CLÍNICO NA GESTALT-TERAPIA</b>	<b>14</b>
<b>ABORDAGEM TEÓRICA: TERAPIA COGNITIVA-COMPORTAMENTAL (TCC)</b>	<b>16</b>
<b>ADOLESCÊNCIA PARA A TEORIA COGNITIVA-COMPORTAMENTAL (TCC)</b>	<b>16</b>
<b>SUICÍDIO PARA A TEORIA COGNITIVA-COMPORTAMENTAL (TCC)</b>	<b>17</b>
<b>MANEJO CLÍNICO NA TEORIA COGNITIVA-COMPORTAMENTAL (TCC)</b>	<b>18</b>
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	<b>20</b>
<b>REFERÊNCIAS</b>	<b>22</b>

**GESTALT TERAPIA E A TERAPIA COGNITIVA COMPORTAMENTAL NO  
MANEJO CLÍNICO EM ADOLESCENTES COM COMPORTAMENTO SUICIDA  
THE GESTALT THERAPY AND THE COGNITIVE BEHAVIORAL THERAPY AT  
THE CLINICAL MANAGEMENT IN TEENAGERS WITH SUICIDAL BEHAVIOR.**

Hellen Amanda Lima de Oliveira Freitas<sup>1</sup>  
Kauany Luana Vieira<sup>2</sup>  
Luana da Silva Santos<sup>3</sup>

**Resumo:** A ocorrência de suicídios tem um impacto significativo na sociedade, porém a implementação de estratégias preventivas e a realização de pesquisas que promovam a importância da vida ainda são limitadas devido à sensibilidade e controvérsia associadas a esse tema. Neste artigo, buscaremos aprofundar essa temática, com objetivo de explorar como a Gestalt Terapia e a Terapia Cognitivo-Comportamental manejam a intervenção clínica no comportamento suicida durante a adolescência, visando a prevenção desse fenômeno, que ao decorrer dos anos vem aumentando cada vez mais seus números. Para realizar o presente estudo, fez-se necessário um levantamento bibliográfico, com pesquisa qualitativa buscando investigar o mesmo fenômeno por meio dessas duas abordagens através de materiais relevantes já publicados sobre o tema. Diante disso, a Gestalt-Terapia nos traz que o propósito do terapeuta é potencializar seu cliente em diversas áreas ao longo do processo terapêutico. É necessário reconhecer e identificar os fatores predisponentes destacados por especialistas, os quais demandam ação imediata em determinadas circunstâncias e sendo indispensável uma auto-avaliação por parte do terapeuta sobre suas próprias crenças e emoções relacionadas ao suicídio, visto que esses elementos terão grande impacto no processo terapêutico. Já para a Terapia Cognitivo-Comportamental, o terapeuta tem a possibilidade de introduzir o planejamento de segurança como uma abordagem para ajudar o paciente a reconhecer os sinais de alerta ou os gatilhos, estes identificados na entrevista inicial. Destaca-se a participação dos pais como crucial, bem como a importância de estabelecer um contrato de segurança com o adolescente, o qual deve conter estratégias e alternativas para lidar com desafios. As técnicas aplicadas se centralizam na regulação emocional, no desenvolvimento de habilidades sociais e comportamentais, bem como na resolução de problemas.

**Palavras-chave:** Suicídio na Adolescência; Gestalt Terapia; Terapia Cognitivo - Comportamental; Manejo Clínico.

**Abstract:** The occurrence of suicides has a significant impact on society, but the implementation of preventive strategies and the conduct of research that promote the importance of life are still limited due to the sensitivity and controversy associated with this topic. In this article, we will seek to deepen this theme, with the aim of exploring how different

---

<sup>1</sup> Acadêmica do curso de Psicologia da Universidade do Sul de Santa Catarina – Unisul. E-mail: endereço de e-mail do acadêmico. Artigo apresentado como requisito parcial para a conclusão do curso de Graduação em Psicologia da Unisul. 2023. Orientador: Prof. Mauricio Maliska, Dr.

<sup>2</sup> Acadêmica do curso de Psicologia da Universidade do Sul de Santa Catarina – Unisul. E-mail: 162011322@ulife.com.br. Artigo apresentado como requisito parcial para a conclusão do curso de Graduação em Psicologia da Unisul. 2023. Orientador: Prof. Mauricio Maliska, Dr.

<sup>3</sup> Acadêmica do curso de Psicologia da Universidade do Sul de Santa Catarina – Unisul. E-mail: 162122313@ulife.com.br. Artigo apresentado como requisito parcial para a conclusão do curso de Graduação em Psicologia da Unisul. 2023. Orientador: Prof. Mauricio Maliska, Dr.

psychological approaches manage the clinical intervention in suicidal behavior during adolescence, aimed at the prevention of this phenomenon, which over the years has increased more and more their numbers. To carry out the present study, a bibliographic survey was necessary, with qualitative research seeking to investigate the same phenomenon through these two approaches through relevant materials already published on the topic. In view of this, the gestalt therapy behind us that the purpose of the therapist is to empower his client in various areas throughout the therapy process. It is necessary to recognize and identify the predisposing factors highlighted by specialists, which require immediate action in certain circumstances and being indispensable a self-evaluation on the part of the therapist about his own beliefs and emotions related to suicide, since these elements will have a great impact on the therapy process. For Cognitive Behavioral Theory, the therapist has the possibility to introduce safety planning as an approach to help the patient recognize the warning signs or triggers, those identified in the initial interview. It is highlighted the involvement of parents as crucial, as well as the importance of establishing a security contract with the adolescent, which should contain strategies and alternatives to deal with challenges. The applied techniques focus on emotional regulation, development of social and behavioral skills, as well as problem-solving.

**Keywords:** Adolescent Suicide; Gestalt; Cognitive Behavioral Therapy; Clinical Management.

## INTRODUÇÃO

A adolescência, por ser um momento com muitas mudanças de vida, aprender a conviver com os desafios e angústias pode ser muito difícil para os jovens. Em alguns momentos, esse sofrimento pode parecer tão insuportável que o jovem pode entender o suicídio como uma “carta na manga” (CFP, 2013).

Segundo Araújo *et.al.* (2019), os jovens estão entre um dos grupos mais vulneráveis quando tratamos de saúde mental e os casos de suicídio na adolescência são uma das maiores preocupações da saúde pública. É fundamental que ocorra uma mobilização entre redes intersetoriais, onde abrange principalmente os setores da saúde e educação, incluindo também a rede de apoio familiar.

Segundo Fukumitsu (2014), o manejo de indivíduos que estão com pensamentos suicidas demanda respeito, disponibilidade, esforço constante ao lidar com suas dores, tolerância à frustração e colaboração interdisciplinar. No contexto do suicídio, é fundamental que o profissional, além dos aspectos mencionados, desenvolva a capacidade de lidar com a falta de sentido por parte do cliente. Em outras palavras, o terapeuta precisa aprender a equilibrar sua potência, reconhecendo que seus serviços devem focar em ser um guardião do enfoque existencial de cada cliente, em vez de tentar salvar vidas. Importante ressaltar ainda a citação de Fukumitsu (2012, p. 96): "Servir não quer dizer fazer pelo cliente".

Meleiro, Fensterseifer e Werlang (2014) mencionam que: “Na prevenção do suicídio, então, deve-se dar prioridade a ações que busquem evitar o que pode ser evitado, e interromper ou amenizar o que não pode” (p.142).

A abordagem da Gestalt terapia ensina que: “(...) o todo é diferente da soma das partes: o todo não é nem mais nem maior do que elas” (Frazão, 2013, p.110). Portanto, a pessoa que considera o suicídio muitas vezes busca acabar com o sofrimento, uma parte da existência, mas acaba confundindo a necessidade de aliviar o seu sofrimento com a ideia de se autoaniquilar, acabando por atingir o todo da sua existência.

Wright, Basco e Thase (2008) mencionam que, em muitos casos, pacientes em risco de suicídio enfrentam uma falta de esperança em relação à possibilidade de melhoria de sua

situação e consideram abandonar a luta. Embora as técnicas da Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) possam ser empregadas para auxiliar esses pacientes na identificação de pensamentos desesperançosos e no desenvolvimento de respostas alternativas mais realistas, aqueles em risco de suicídio podem experimentar uma profunda desesperança quanto à eficácia de qualquer tratamento psiquiátrico em seu caso.

Ainda de acordo com Wright, Basco e Thase (2008), outro elemento da Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) que constantemente pode contribuir para a redução da desesperança desde o início é a estrutura do tratamento. Pacientes que se sentem exaustos e possivelmente acreditam que não há saída para suas dificuldades podem reagir positivamente ao estabelecimento de metas realistas, à permanência no caminho da resolução de problemas e à experiência de trabalhar com um terapeuta que os apoie em direção às suas metas. Segundo Fukumitsu (2014), o psicoterapeuta deve potencializar a empatia em relação ao sofrimento humano, demonstrando disposição para se aproximar do lugar emocional em que o paciente se encontra. Através de sua disponibilidade interpessoal, existe a possibilidade de que o cliente reconheça suas potencialidades, o que pode resultar na expansão de suas estratégias para lidar com o sofrimento. No entanto, é importante destacar que essa esperança pode ou não se manifestar durante o processo terapêutico.

É preciso utilizar estratégias e técnicas para possíveis atos suicidas como: treino de habilidades para resolução de problemas; busca de ferramentas cognitivas para identificar razões para viver e promover esperança; promoção de estratégias que ampliem a ligação do paciente com suas redes sociais de apoio; incentivo ao paciente à busca pelos tratamentos psiquiátrico, e serviço social concomitante ao processo psicoterapêutico (HENRIQUES, BECK, & BROWN, 2003; WENZEL ET AL., 2010).

## **PROBLEMA DE PESQUISA**

Pensando no alto índice de suicídio que vem ocorrendo nos últimos anos, a adolescência é considerada um período com muitas descobertas e mudanças físicas, psicológicas e sociais, fazendo com que muitas vezes o suicídio seja apontado como uma tentativa de sanar as dores e sofrimentos vividos naquele momento. Considerando as diferentes visões de homem que a Gestalt e a Terapia Cognitivo- Comportamental possuem, foi pensado por interesse das alunas nas diferenças do manejo clínico entre essas abordagens. Diante disso, buscaremos responder a seguinte pergunta: como as abordagens da Gestalt-terapia e da Terapia Cognitiva Comportamental trabalham e quais as suas diferenças no manejo clínico com comportamentos suicidas na adolescência?

## **OBJETIVOS**

### *OBJETIVO GERAL*

Descrever alguns dos aspectos do manejo clínico a partir da Gestalt Terapia e da Terapia Cognitivo Comportamental no atendimento a adolescentes com comportamento suicida.

## *OBJETIVOS ESPECÍFICOS*

- Descrever aspectos do manejo clínico com adolescentes;
- Descrever fatores de risco para o suicídio no público adolescente;
- Mostrar a diferença entre o manejo clínico de cada abordagem

## **MÉTODO**

Quanto à metodologia utilizada, segundo Lakatos e Marconi (2003, p.83), o método científico é definido como:

Conjunto das atividades sistemáticas e racionais que, com maior segurança e economia, permitem alcançar o objetivo - conhecimentos válidos e verdadeiros - traçando o caminho a ser seguido, detectando erros e auxiliando as decisões do cientista.

Para realizar o presente estudo, fez-se necessário um levantamento bibliográfico, que na compreensão de Vergara (2005,) “é o estudo sistematizado desenvolvido com base em material publicado em livros, revistas, jornais, redes eletrônicas, isto é, material acessível ao público em geral” (p. 48). Assim, serão consultados livros e artigos científicos que trazem conceitos, definições sobre a adolescência, suicídio, manejo clínico nas abordagens teóricas da Gestalt- terapia e da Terapia Cognitiva-Comportamental.

Esta pesquisa é qualitativa e caracterizada como uma revisão de literatura. Segundo Godoy (1995), a pesquisa qualitativa é um tipo de pesquisa que permite investigar as experiências, ocorrências e relações sociais complexas dos seres humanos em diferentes contextos. Ela se concentra na compreensão aprofundada e na interpretação dos significados, perspectivas e interações dos participantes, buscando capturar a riqueza e a subjetividade das experiências humanas. Esse tipo de pesquisa é frequentemente utilizada para explorar fenômenos sociais, culturais e psicológicos, buscando compreender as nuances e os contextos em que ocorrem.

A inclusão do material sobre suicídio, adolescência e abordagens deste artigo será feita a partir do período de 2014 ao ano de 2023, nos idiomas inglês e português, através das bases de dados como a Biblioteca Virtual em Saúde, Scielo e livros de autores relevantes e mais reconhecidos dentro de cada abordagem. Visando uma melhor abrangência da literatura, toda a bibliografia será pesquisada através das principais palavras de busca, sendo elas: Gestalt-Terapia, Terapia Cognitiva-Comportamental, manejo, suicídio, adolescência e adolescentes.

No sentido da inclusão dos artigos, também foram avaliados os títulos relevantes para as informações, os melhores resumos que contém informações sobre o manejo, a teoria e os anos necessários. Além disso, foram utilizados trabalhos em livros das abordagens específicas, a partir da indicação de especialistas, considerando a relevância de tal literatura em seu meio. Além disso, foi feita uma planilha de separação de artigos por data de publicação, seus respectivos resumos e títulos buscando os que mais chegaram perto do tema de interesse e mais atuais possíveis (2014-2023). Em todos os artigos selecionados, foram analisadas as introduções e resumos com o propósito de verificar se as informações eram pertinentes. Os

livros selecionados foram todos de autores reconhecidos e relevantes em suas respectivas abordagens.

Para a exclusão da literatura, foram desconsiderados artigos inferiores do ano de 2014 e também aqueles que apresentaram títulos, resumos e parte da introdução dos artigos que não continham informações necessárias ao tema pertinente para a pesquisa.

Tendo em vista o caráter procedimental, essa pesquisa pode ser caracterizada como uma pesquisa transversal, pois busca investigar o mesmo fenômeno por meio de diferentes abordagens. Isso implica em examinar o fenômeno de interesse a partir de múltiplas perspectivas ou teorias, com o objetivo de obter uma compreensão mais completa e abrangente. A abordagem transversal permite uma análise comparativa e integrativa dos dados coletados, contribuindo para uma visão mais ampla do fenômeno em questão.

## CONCEITO DE SUICÍDIO

Segundo Fukumitsu (2015 apud Souza et.al. 2017), o suicídio é um evento complexo, no qual envolve fatores biológicos, psicológicos e sociais. Ao avaliar cuidadosamente cada caso individualmente, é possível identificar fatores de risco específicos para o comportamento suicida. Alguns desses fatores incluem humor deprimido ou irritável, isolamento social prolongado, conflitos familiares ou com amigos, abandono da escola ou desempenho escolar insatisfatório, experiências de violência física ou abuso sexual. Identificar esses sinais pode ser importante para prevenir o comportamento suicida.

O comportamento suicida, de acordo com a Organização Mundial de Saúde (2014), é uma série de atitudes que engloba a ideação, o planejamento e a tentativa de suicídio e, por fim, o próprio suicídio. A ideação suicida acontece quando o sujeito pensa em acabar a própria vida, mas sem nenhum ato resultante.

Os planejamentos futuros são passos detalhados a serem seguidos, com uma intencionalidade explícita e a escolha de um método específico. Em alguns casos, o indivíduo chega a estabelecer uma data e atribui ao ato um caráter de comunicação interpessoal (CRP 01/DF, 2020).

A tentativa de suicídio é estabelecida por qualquer ação suicida não fatal, como automutilação, lesões autoinfligidas, que passa a estar ligada a intencionalidade de pôr fim com a vida, em contrapartida, o suicídio é o ato deliberado de se matar (OMS, 2014).

Pensando nas atitudes em que se encontra a tentativa, é válido salientar que a grande maioria dos indivíduos que buscam ou efetuam suicídio são afetados por algum tipo de transtorno mental, sendo a depressão a mais prevalente (BRASIL, 2021).

É de extrema importância determinar se a tentativa de suicídio ou o suicídio em si foram resultados de um impulso repentino ou de um plano prévio. Compreender a complexidade e a letalidade dos métodos escolhidos pelo indivíduo para concretizar esse plano é elemento essencial na avaliação do risco de uma nova tentativa e na compreensão dos motivos por trás desse ato (CRP 01/DF, 2020).

O Ministério da Saúde (2021) afirma que no Brasil, durante o período de 2010 a 2019, foi registrado um total de 112.230 casos de mortes por suicídio, apresentando um aumento de 43% na média anual de óbitos, passando de 9.454 em 2010 para 13.523 em 2019. Uma análise das taxas de mortalidade ajustadas revelou um aumento no risco de morte por suicídio em todas as regiões do país. No mesmo período, estima-se que a população brasileira tenha crescido de 190.732.694 para 210.147.125, representando um crescimento de 10,17%. A taxa nacional de suicídio em 2019 foi de 6,6 por 100 mil habitantes, sendo notáveis as regiões Sul e Centro-Oeste como as áreas com as maiores taxas de suicídio em comparação com as outras regiões do Brasil.

Ao se olhar e analisar o progresso dessas taxas em diferentes faixas etárias, observa-se um aumento na incidência de suicídios em todos os grupos etários. Porém, é importante notar que houve um aumento significativo nas taxas de mortalidade entre os adolescentes de 81% no período de 2010 a 2019. O número de óbitos se ampliou de 606 para 1.022, e a taxa de suicídios por 100 mil adolescentes aumentou de 3,5 para 6,4. É importante ressaltar ainda o crescimento contínuo das mortes por suicídio em adolescentes menores de 14 anos. No intervalo de 2010 a 2013, foi observado um aumento de 113% na taxa de mortalidade por suicídio nessa faixa etária, com o número de óbitos subindo de 104 para 191. A taxa de suicídios por 100 mil habitantes também aumentou de 0,3 para 0,7 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2021).

O Ministério da Saúde (2021) salienta que as Regiões Sul, Norte e Centro Oeste, ao serem analisadas, em 2019, mostram-se com a maior taxa de mortalidade entre adolescentes de 15 a 19 anos. É válido destacar que, do ano de 2010 ao ano de 2019, as respectivas regiões também apresentaram as maiores taxas de suicídio.

## CONCEITO DE ADOLESCÊNCIA

A adolescência é um período de diversas mudanças na vida do indivíduo. Santos (1996), em uma pesquisa que analisou de forma histórica as concepções de infância e adolescência, abrangendo a Teologia, Filosofia, Psicologia e Ciências Sociais, reconhece que Rousseau foi o responsável por inventar a adolescência como um período específico de desenvolvimento. Nesse período, caracterizado pela turbulência, os jovens não se enquadram nem na categoria de crianças, nem na de adultos. Essa abordagem também possui raízes em uma visão naturalista, na qual a infância e a adolescência são consideradas como estados e não como condições sociais.

A adolescência ganha significado à medida que o indivíduo idealiza o seu próprio futuro. Para Vitale e Medeiros (2008), a adolescência é um período extremamente rico na vida, repleto de descobertas fascinantes, criatividade e prazer. No entanto, também pode ser uma fase dolorosa, na qual os jovens precisam projetar seu futuro (o que os torna grandes sonhadores), revisitar o passado e, conseqüentemente, despedir-se da infância.

Adolescentes são mais propensos ao imediatismo e à impulsividade e, ainda, não possuem plena maturidade emocional. Dessa forma, eles encontram maior dificuldade para lidar com estresses agudos, como término de relacionamentos, situações que provocam vergonha ou humilhação, rejeição pelo grupo social, fracasso escolar e perda de um ente querido. Esses acontecimentos podem funcionar como desencadeantes de atos suicidas (BOTEGA, 2015).

Para Botega (2015), a maioria das vezes que o adolescente tem pensamentos suicidas é passageira, porém, quando esses pensamentos se intensificam e são prolongados, o risco de levar ao comportamento suicida aumenta. Os efeitos da história familiar sobre o comportamento suicida são mediados tanto por fatores genéticos quanto ambientais. A maior frequência de suicídios associa-se mais fortemente à herança de traços de impulsividade e agressividade do que a doenças mentais. Há também fatores ligados à identificação psicológica com entes que se suicidaram e à dinâmica conturbada de certas famílias. Ademais, deve-se ficar alerta quando há violência doméstica e relato de abuso físico ou sexual (BOTEGA, 2015).

O Estatuto da Criança e do Adolescente, Lei n.º 8.069/90 (BRASIL, 1990), estabelece que a adolescência abrange o período dos 12 aos 18 anos de idade. Por sua vez, a Organização Mundial da Saúde (OMS) define a adolescência como a segunda década de vida, dos 10 aos 19 anos, e a juventude como o período que vai dos 15 aos 24 anos. O Ministério da Saúde adota a definição da OMS e considera como público beneficiário aqueles com idade entre 10 e 24 anos. Embora as fronteiras cronológicas sejam utilizadas como referência para a delimitação de

políticas, na vida real e na experiência individual de adolescentes e jovens, essas fronteiras não são uniformes nem fixas.

O estudo sobre depressão na adolescência se faz extremamente necessário quando considerado que esse transtorno desempenha um importante papel diante dos atos suicidas (BAGGIO *et al.*, 2009; BAHLS E BAHLS, 2002; BAPTISTA, 2004; WERLANG *et al.*, 2005), sendo ele um dos fatores que mais tem relação com o suicídio na adolescência (TORO *et al.*, 2009).

## **ABORDAGEM TEÓRICA: GESTALT-TERAPIA**

A Gestalt-Terapia foi fundada por Fritz e Laura Perls na década de 1940 (ALMEIDA, 2010). Sendo uma psicoterapia fenomenológica existencial, sua abordagem é voltada à pessoa e a sua singularidade (MOREIRA, 2009).

Em 1951, foi o ano considerado o marco histórico do surgimento da Gestalt Terapia, com a publicação da obra *Gestalt-therapy; excitement and growth in the human personality* (Perls *et al.*, 1951).

Como uma visada experiencial composta de pressupostos holísticos, fenomenológicos e existenciais, crítica à corrente psicanalítica freudiana e alternativa as psicologias comportamentais, vigentes nas décadas de 1950-1960, a Gestalt-Terapia somou-se às contendas da Psicologia Humanista, tornando-se reconhecida como uma abordagem humanística (MOSS, 2001; HOLANDA, 2014).

Para a teoria Gestalt, o homem é um ser em projeto, em seu projeto de vida é capaz de fazer escolhas sobre o que pretende fazer e deseja ser (CARDELLA, 2002). Na Gestalt-Terapia o porquê não é de grande importância, a intervenção está diretamente em compreender o processo de vida do indivíduo, a Gestalt busca “o que” e o “como” por ser extremamente relevante e trazer para o sujeito visões mais amplas e com significados pertinentes, com os quais passará a entender melhor as situações vividas por ele (CARDELLA, 2002).

Na abordagem da Gestalt-Terapia, uma das responsabilidades do terapeuta é estabelecer um diagnóstico apropriado. De acordo com Frazão (1995, apud Souza *et al.* 2017), se o diagnóstico for feito de forma inadequada ou negligenciado, pode resultar em consequências sérias para o paciente. A autora também enfatiza que embora o diagnóstico seja uma ferramenta importante, não é suficiente para definir o trabalho do terapeuta, pois cada ser humano, mesmo que compartilhe um diagnóstico em comum, possui características individuais. As pessoas são únicas, com interesses, pensamentos e sentimentos diversos. Suas preocupações e queixas podem variar.

Portanto, o simples ato de realizar um diagnóstico não trará, por si só, a ajuda necessária ao paciente. Na concepção de Frazão (1999), o diagnóstico é visto como um pensamento diagnóstico processual que deve acompanhar o processo psicoterapêutico e precisa ser entendido como uma descrição e compreensão de cada cliente em sua singularidade existencial. Ao mesmo tempo existem forças que solicitam dos psicoterapeutas o diagnóstico de seus clientes, essas são formadas por grupos como: instituições, planos de saúde e organizações de saúde que pressionam para que os psicólogos lidam com o dilema do diagnóstico (SOUZA *et al.*, 2001).

Para Souza *et al.*, 2010, o diagnóstico em Gestalt-terapia é colhido essencialmente do momento e assim provê a chave para intervenção, processo interpessoal e mudança. É analisado o progresso do cliente sem atribuir permanentemente rótulos com base em características fixas. Avaliar o cliente no momento presente torna-se mais otimista, pois proporciona apoio à

possibilidade de mudança do indivíduo, algo que poderia ser limitado por um diagnóstico mais convencional.

A autora Frazão (1996) retrata que a motivação que leva uma pessoa a buscar terapia é uma lacuna em sua vida. Ela pode sentir falta de algo essencial. Pode faltar alegria de viver, a oportunidade de desenvolver seu potencial máximo, o sucesso profissional desejado, um relacionamento amoroso satisfatório, a capacidade de tomar decisões claras ou até mesmo a compreensão de sua própria situação. Essa falta é chamada de Gestalt incompleta, e é onde acontece essa incompletude que surgem as angústias e os sofrimentos.

## **ADOLESCÊNCIA NA GESTALT-TERAPIA**

Na perspectiva da Gestalt-Terapia de Zanella e Antony (2016), a adolescência é compreendida como uma fase de desenvolvimento marcada por muitas contradições e paradoxos. É um período no qual ocorrem mudanças importantes no corpo e nas relações com os pais e amigos que passam por um processo de reavaliação e ressignificação. Durante essa vivência, é comum o surgimento de sentimentos como ansiedade, tristeza e insegurança.

De acordo com Lima (2019), na compreensão da Gestalt-Terapia, a adolescência não é vista como um estágio fixo e universal, onde o processo é linear e padronizado, mas sim como uma fase singular de interação com o mundo. Assim sendo, não podemos considerá-la simplesmente como uma transição, mas sim como um período de desenvolvimento fundamental na formação da identidade humana, tornando-se uma vivência única para cada indivíduo.

Portanto, essa abordagem propõe uma visão da adolescência como um fenômeno complexo onde engloba de forma singular, todas as várias influências que afetam a vida de um indivíduo em seu ambiente, em vez de ser simplesmente um período intermediário em direção à maturidade (BARONCELLI, 2012,). A adolescência é vista como um período de desenvolvimento que vai além dos fatores biológicos, ela também é afetada por questões históricas, psicológicas, sociais, econômicas e políticas. Segundo Baroncelli (2012) existe uma compreensão onde a construção da adolescência nos dias de hoje envolve não apenas a transformação física, mas também a interação com a sociedade, a etnia, a classe social, a cultura, a família e, especialmente, a interpretação única de cada indivíduo desses aspectos em sua própria experiência.

No vínculo entre pais e adolescentes, de acordo com Oaklander (1980), surge uma situação em que, ao mesmo tempo em que os pais enfrentam desafios ao lidar com o crescimento de seus filhos, os adolescentes sentem uma necessidade progressiva pela sua independência e liberdade. Tornando-se, assim, essencial estabelecer um diálogo com os filhos e encontrar formas de negociar os limites.

Conforme destacado por Zanella e Zanini (2016), os adolescentes questionam constantemente os valores e crenças que foram incorporados por suas famílias durante a infância. Eles adotam então uma postura egocêntrica, destinando sua atenção para seus próprios interesses e preferências, sendo influenciados pela identificação com grupos sociais. Levando assim para uma fusão entre os adolescentes e esses grupos sociais, resultando, então, na necessidade de compartilhar gostos e comportamentos comuns.

Segundo Deyseane (2019), o entendimento da Gestalt-Terapia em conjunto com a Psicologia do Desenvolvimento considera-se a adolescência como um processo contínuo de ajustes criativos que surgem ao longo do tempo, em resposta à interação do indivíduo com seu ambiente. Implicando, dessa forma, na adaptação da família também às mudanças na vida de seu filho, criando espaço para estabelecer uma nova relação com ele. Essa relação pode ser

ajustada por diversas necessidades, como sexualidade, amor, escolha profissional, negociação de limites e outras.

## **O SUICIDA DE ACORDO COM GESTALT TERAPIA**

Um indivíduo que pensa em suicídio geralmente experimenta uma percepção rígida e imutável, onde a Gestalt está cristalizada e fixa. Sua visão do mundo fica distorcida e inerte, resultando em uma ambivalência entre o desejo de viver e morrer, que acaba empobrecendo e desvitalizando suas relações com o mundo e com os outros. Para Fukumitsu e Scavacini (2013), o suicídio pode representar um ato que expressa a dificuldade na relação figura e fundo, onde a figura torna-se opaca e sem conexão com fundo, revelando a perda de sentido e dificuldades de se lidar com a impotência diante de situações vivenciadas como caos. Em Gestalt-Terapia estudamos o homem a partir de sua visão holística, portanto, causas orgânicas, emocionais e relacionais estão sempre vinculadas num eixo complexo (FUKUMITSU, 2012).

Segundo Perls, Hefferline & Goodman (1951/1997, p. 34): “[...] enquanto confusão, tédio, compulsões, fixações, ansiedade, amnésias, estagnação e acanhamento são indicadores de uma formação figura/fundo perturbada”. São inúmeros conflitos relacionados às situações não resolvidas, essas mesmas situações acabam exercendo influências sobre o comportamento, uma vez que a pessoa tende a repetidamente tentar lidar com as situações não resolvidas por meio dos mesmos comportamentos. É importante considerar que é provável que os resultados se modifiquem e os comportamentos continuem inalterados. Os indivíduos que cometem suicídio muitas vezes parecem não estar cientes de seu potencial e das oportunidades que a vida oferece, dependendo das escolhas que fazem, acabam em lugares diferentes.

É através de um movimento de velamento e desvelamento, que a existência se constrói, num eterno e infundável processo de vir-a-ser, impossível de ser apreendido estaticamente ou mesmo cristalizado no seu desocultamento, condição intrínseca da existência. E é também essa condição que nos legitima como responsáveis pelo nosso destino e, ao mesmo tempo, nos lança na incerteza desse mesmo destino, quando nos coloca como seres de possibilidades e assim, existindo num processo permanente de escolhas, em busca da completude que nunca virá. (DUTRA, 1992, p.202-203).

É a partir do viver que o ser descobre novas possibilidades, apropria-se de seus recursos, clareando suas necessidades, ampliando seu auto-suporte, facilitando suas escolhas e, conseqüentemente, fortalecendo o self (FUKUMITSU E SCAVACINI, 2013). Quando um indivíduo se empenha em desenvolver um funcionamento mais livre, ele não apenas se beneficia do mesmo, mas contribui também para saúde da sociedade, pois quando isso ocorre seu próprio campo se integra ao todo e acaba se tornando parte da fronteira de contato do indivíduo, tornando-o responsável pelas suas construções e pelo ambiente ao seu redor.

## **MANEJO CLÍNICO NA GESTALT-TERAPIA**

Fukumitsu e Scavacini (2013) recomendam que o terapeuta da abordagem Gestalt priorize a exploração do potencial e dos elementos de proteção da pessoa que contempla a ideia de morte. Isso permitirá que o cliente, ao identificar seus recursos mais significativos, possa desvendar e efetivar novos ajustes criativos em sua vida. É de extrema importância investigar todas as fantasias relacionadas ao suicídio, seja no que se refere às expectativas sobre o que acontecerá após o ato, ou quanto ao impacto que o suicídio teria nas pessoas que permanecerão.

Refletindo sobre o sofrimento em relação à Gestalt “incompleta”, as autoras Fukumitsu e Scavacini (2013 apud SOUZA *et al.*, 2017) dizem que o terapeuta Gestalt trabalha em busca

de fatores de proteção ao indivíduo que pensa em morte, com objetivo de levantamento de dados e recursos positivos, para que juntos possam descobrir novos recursos que auxiliem na superação de adversidades, ou ao menos a conviver melhor com elas.

Pensando nos fatores de proteção ao cliente é crucial destacar que o terapeuta Gestalt tem como objetivo fortalecer o cliente em diversas áreas durante o tratamento. Isso inclui ampliar a *awareness* para que, a partir dela, o contato seja enriquecido, a fluidez na relação entre a figura e o fundo possa ocorrer, os ajustes criativos possam se tornar funcionais e as fronteiras sejam flexíveis e permeáveis (FUKUMITSU E SCAVACINI, 2013).

Fukumitsu e Scavacini (2013) dizem que é de grande importância a identificação e reconhecimento dos fatores predisponentes apontados por especialistas que exigem ação imediata em certas circunstâncias. Isso ocorre quando alguém expressa intenções de se ferir ou procura meios para tirar a própria vida, como buscar acesso a medicamentos ou armas ou quando a pessoa verbaliza ou escreve sobre temas relacionados à morte, morrer ou suicídio. Nesse contexto, é crucial avaliar a gravidade do comportamento suicida.

Alguns indicadores a serem observados no comportamento suicida incluem: o desenvolvimento de um plano específico; perda de esperança; sintomas de depressão; manifestações de fúria, raiva, ou desejo de vingança; envolvimento em atividades de alto risco, aparentemente sem considerar as consequências; sentimentos de estar encurralado, com a sensação de não encontrar uma saída; aumento no consumo de álcool ou drogas; isolamento em relação a amigos, família e sociedade; experiência de ansiedade, agitação, dificuldades para dormir ou excesso de sono; mudanças abruptas de humor; e uma sensação de falta de propósito na vida (QUINNET, 2008).

Fukumitsu (2014) reconhece três fases de conduta do manejo psicoterapêutico para lidar com pacientes que apresentam ideação suicida: “1) Perguntar e explorar; 2) Compreender, confirmar e acolher; 3) Encaminhar e acompanhar”. Na primeira fase, o importante é escutar o sujeito e entender quais são os motivos e problemas que fazem ele pensar no suicídio como tentativa de resolvê-los. Cabe também nessa fase explorar a ideação suicida, questionando de forma objetiva o desejo de matar-se, como e quando (FUKUMITSU, 2014).

Na segunda fase, deve-se compreender o que o sujeito sente, acolhendo sua dor e suas questões que estão fazendo com que ele pense em acabar com seu sofrimento, pois o sujeito não quer de fato tirar sua vida, mas sim cessar a dor que sente. É importante enfatizar, ao longo do processo psicoterápico, que o terapeuta está com o paciente, voltado para ele, sem julgá-lo ou impor condições (FUKUMITSU, 2014).

Na terceira fase, é importante mostrar ao paciente sua preocupação em relação ao pensamento suicida e se colocar à disposição caso ele tenha desejo de realizar o ato para que possa compartilhar sua dor e angústia com o psicoterapeuta, mostrando ao paciente que existem novas possibilidades de lidar com o sofrimento em outro viés e mostrar possibilidades que deem sentido à vida a ele. É também o momento de envolver os familiares e/ou equipe multidisciplinar para auxiliar o paciente em caso de crise suicida, considerando, inclusive, a necessidade de internação (FUKUMITSU, 2014).

Além disso, Fukumitsu e Scavacini (2013) destacam que, ao lidar com questões relacionadas ao suicídio, é fundamental cultivar um profundo respeito pela vida e manter fé na sua vitalidade. Isso implica confiar na capacidade de autorregulação do indivíduo e na sua habilidade de autossuporte. Em termos mais simples, a abordagem psicoterapêutica é enriquecida quando o profissional da saúde adota a postura de olhar para os fenômenos humanos com olhos ingênuos, mesmo sendo capaz de compreender e aceitar a ausência de fé por parte daqueles com quem interage. Além disso, ressalta-se a importância de manter uma curiosidade constante em relação aos aspectos que envolvem a vida e a morte da condição humana, e de estar presente, disponível e atento às necessidades do outro.

É importante salientar que é essencial que cada terapeuta avalie suas próprias crenças e emoções relacionadas ao suicídio, uma vez que esses elementos certamente influenciarão o processo terapêutico. Ter uma compreensão antecipada dessas influências pode auxiliar o terapeuta a reconhecer suas forças e desafios ao trabalhar com um cliente em crise suicida (FUKUMITSU E SCAVACINI, 2013).

Por fim, Fukumitsu e Scavacini (2013) ainda afirmam que os profissionais devem analisar o máximo possível para que se evite suposições (tanto do terapeuta quanto do cliente) e como Perls já instruiu; Hefferline & Goodman (1997) “O objetivo da terapia é superar a solidão, restaurar a autoestima e realizar a comunicação sintática”.

De acordo com Fukumitsu (2005), na abordagem da Gestalt-Terapia, quando o terapeuta é procurado por um paciente que expressa uma queixa relacionada ao risco suicida e, durante a sessão, revela estar decidido a realizar tal ato, é fundamental que o terapeuta oriente o paciente sobre a importância de entrar em contato com seus familiares para informá-los sobre sua intenção. Nessa situação, o paciente não está em condições de ficar sozinho e necessita de acompanhamento e monitoramento diário. Embora o terapeuta tenha o papel de preservar o sigilo durante o processo terapêutico, quando existe um risco iminente de vida, é necessário quebrar esse sigilo a fim de evitar possíveis consequências negativas e não se comprometer com as ações que o paciente possa vir a cometer.

## **ABORDAGEM TEÓRICA: TERAPIA COGNITIVA-COMPORTAMENTAL (TCC)**

A Teoria Cognitiva-Comportamental surgiu pelo psiquiatra Aaron Beck, que desenvolveu uma forma de psicoterapia na década de 1960, a qual denominou originalmente “terapia cognitiva”, que hoje é utilizada como terapia cognitivo comportamental (BECK, 2013). Ela tem como objeto de estudo a função dos aspectos cognitivos e comportamentais e seu objetivo é de reorganizar e corrigir pensamentos distorcidos e desenvolver soluções de mudanças no transtorno emocional (BECK, 2013).

Essa abordagem se debruça sobre o pressuposto de que o afeto e o comportamento de uma pessoa são influenciados pela maneira como ela percebe o mundo (Beck et al., 1997). Compreende-se que, do ponto de vista cognitivo, a pessoa realiza uma avaliação interna dos eventos que ocorrem no seu ambiente, sendo que a cognição está relacionada às respostas emocionais e comportamentais (WRIGHT et al., 2008).

De acordo com Beck (2013), o modelo cognitivo indica que o pensamento disfuncional, que afeta o humor e a perspectiva do paciente, é uma característica presente em todos os distúrbios psicológicos. Quando as pessoas adquirem a habilidade de avaliar seu pensamento de forma mais realista e apropriada, observam uma melhora em seu estado emocional e comportamental.

Dentro da Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC), os terapeutas promovem ativamente a aquisição e utilização de processos conscientes de pensamento adaptativo, tais como o pensamento lógico e a resolução de problemas. Além disso, os terapeutas se empenham significativamente em auxiliar os pacientes a identificar e transformar o pensamento inadequado em relação a dois aspectos adicionais do processo cognitivo: os pensamentos automáticos e os esquemas. (BECK et al., 1979; CLARK et al., 1999; WRIGHT et al., 2014 apud WRIGHT et al. 2008).

Um elemento essencial da Terapia Cognitivo-Comportamental é a construção da aliança terapêutica, que desempenha um papel central e se baseia em princípios como cordialidade, empatia, habilidade, atenção e genuíno respeito. Essa aliança terapêutica se

concentra em destacar as questões presentes e as situações que causam sofrimento ao paciente. Quando o paciente percebe que está em um ambiente de respeito e confiança, um vínculo é estabelecido e ele começa a colaborar ativamente no processo psicoterapêutico (BECK, 2013).

Após a construção da aliança terapêutica, a função do terapeuta é educar o cliente apresentando as distorções cognitivas e como está vinculado com suas emoções e seu comportamento. A psicoeducação é de grande importância na TCC, pois, por meio dela, o paciente entenderá mais sobre suas cognições e o quanto elas influenciam seus comportamentos e emoções. Isso implica em instruir o paciente a utilizar as técnicas em seu cotidiano, mesmo quando não estiver mais em terapia (OLIVEIRA, 2019).

## **ADOLESCÊNCIA PARA A TEORIA COGNITIVA-COMPORTAMENTAL (TCC)**

De acordo com Araújo *et al.* (2019), dentro do amplo espectro do desenvolvimento humano, a adolescência se destaca como um período intrincado, repleto de descobertas e na formação de várias escolhas significativas, como aquelas relacionadas à carreira, identidade e objetivos de vida (sejam eles pessoais ou sociais). Este estágio da vida frequentemente gera incertezas e ansiedades. É importante ressaltar que os jovens ainda estão em processo de adquirir repertórios de enfrentamento, o que pode resultar em dificuldades para lidar com dilemas e levá-los a buscar métodos prejudiciais de expressão.

Wenzel, Brown e Beck (2010) explicam que devido à adolescência ser uma fase de transição psicológica significativa, não é surpreendente que, em muitas situações durante esse período, a probabilidade de jovens recorrer a atos suicidas aumente.

Dentro da perspectiva cognitivo-comportamental sobre comportamento suicida na adolescência, foi constatado que a ideação ou tentativa de suicídio pode ser vista como uma forma de comunicação não verbalizada que se manifesta em ações, em virtude da dificuldade dos adolescentes em expressar seus sentimentos de medo e insegurança. Nesse período de desenvolvimento, marcado por mudanças físicas e psicológicas, é comum que os adolescentes se sintam deslocados e incapazes de encontrar seu lugar, o que pode levá-los a experimentar frustração e, como resultado, optar por soluções rápidas para seus dilemas, incluindo comportamentos agressivos e pensamentos suicidas (CAETANO, 2017).

Nos comportamentos suicidas em adolescentes, assim como em adultos, existem diversas correlações com conjuntos de variáveis diagnósticas, demográficas e psicológicas, além de variáveis relacionadas ao suicídio. No público jovem, um aspecto notável é o foco nas variáveis sociais. A família, os amigos e o contexto social como um todo podem ter um papel significativo na explicação de episódios extremos de angústia entre os adolescentes (BECK; BROWN; WENZEL, 2010).

Quando os adolescentes se deparam com conflitos existenciais e dificuldades na resolução de problemas, é comum que experimentem baixa autoestima e desesperança, o que pode impulsionar a ideia de pôr fim às suas próprias vidas (MARTINS; SOUSA, 2020).

## **SUICÍDIO PARA A TEORIA COGNITIVA-COMPORTAMENTAL (TCC)**

Para a Teoria Cognitiva-Comportamental, o suicídio é um comportamento em que a escolha pessoal e as influências sociais estão enredadas (BOTEGA, 2015; WENZEL *et al.*, 2010). O estado psicológico de uma pessoa à beira do suicídio tem sido descrito como uma dor insuportável, que é vivenciada como uma confusão emocional sem fim, uma sensação opressiva

de auto captura da qual não há saída. Decorre do desespero de não ter as necessidades psicológicas básicas atendidas, como as necessidades de realização, autonomia, reconhecimento, amparo, impedir a humilhação, vergonha e de dor (BOTEGA, 2015).

Hendin *et al.* (2006) afirmam que, quanto mais pronunciado o sentimento de desesperança, mais elevado risco do comportamento suicida, com isso, esse sentimento passou a ser tomado como um marcador cognitivo de expectativas negativas em relação ao futuro, mais relevante do que o humor depressivo em si.

A desesperança foi o principal estado afetivo que distinguiu quem cometeu suicídio e, geralmente, vem acompanhada de outras emoções fortes e da sensação de que a vida desabou e a pessoa está abandonada. Nesse sentido, a combinação de desespero e desesperança leva à necessidade de ajuda urgente: a cessação da consciência para acabar com a dor psicológica.

Na crise suicida, o estado de construção cognitiva não permite opções de ação para enfrentar os problemas e a situação agrava-se dramaticamente quando a pessoa tem pouca flexibilidade para enfrentar adversidades e propensão à impulsividade (BOTEGA, 2015). É apresentado um modelo cognitivo integrado dos atos suicidas que determinam fatores de vulnerabilidade disposicionais, incluindo a impulsividade, os déficits na resolução de problemas, o perfeccionismo e outras atitudes, além de um estilo super generalizado de memória (RUDD, 2004; WENZEL *et al.*, 2010).

Além dos sentimentos de desesperança, existem outras características afetivas, como depressão e desesperança, características motivacionais, como querer acabar com a vida, e características comportamentais, como tentativas de suicídio.

Para Dattilio e Freeman (2004), esses indivíduos parecem ter um maior número de crenças irracionais ou disfuncionais e se comportam de forma impulsiva, podendo também apresentar preconceitos positivos. Os fatores de vulnerabilidade disposicionais, esquemas negativos e estressores de vida interagem e aumentam a probabilidade de que os esquemas de suicídio sejam ativados. A interação de pensamentos suicidas e processos cognitivos suicidas aumenta a probabilidade de suicídio de uma pessoa.

Por fim, Pereira e Rosal (2019) dizem que, apesar da importância da estrutura de personalidade para interpretar o funcionamento psíquico do paciente com ideação suicida, compreender suas aspirações, entender determinados comportamentos e inferir significados, essa delimitação não é necessariamente prioritária em um primeiro momento. O que se torna fundamental para esses pacientes, inicialmente, é receber acolhimento, empatia e sensibilidade diante de seu sofrimento, proporcionando-lhes um ambiente seguro e compreensivo.

## **MANEJO CLÍNICO NA TEORIA COGNITIVA-COMPORTAMENTAL (TCC)**

No manejo clínico da TCC, o terapeuta pode introduzir o planejamento de segurança como um método para auxiliar o paciente a reconhecer os sinais de advertência ou os gatilhos que foram identificados durante a entrevista narrativa (Wright *et al.* 2019). São sete passos que compõem o plano de segurança: identificar os sinais de advertência, desenvolver estratégias de enfrentamento, identificar contatos e cenários sociais, entrar em contato com familiares ou amigos, entrar em contato com profissionais ou agências, tornar o ambiente seguro, identificar e construir motivos para viver.

No manejo clínico de adolescentes com comportamento suicida, Friedberg e McClure (2007) ressaltam a necessidade da participação dos pais no tratamento. Esse envolvimento dos pais desempenha um papel fundamental na segurança do adolescente com ideação suicida, colaborando com a remoção de meios letais da residência, como facas, armas de fogo, medicamentos, cordas e outros recursos potencialmente perigosos. Eles enfatizam a

importância de estabelecer um contrato de segurança com o adolescente, o qual deve incluir estratégias alternativas para lidar com problemas. Isso se dá devido à compreensão de que a tentativa de pôr fim à própria vida é uma abordagem desadaptativa que surge da dificuldade em enfrentar, evitar ou resolver os desafios.

De acordo com Franzin, Neufeld e Reis (2017) a primeira ação realizada com a família é a psicoeducação. Isso ocorre porque o propósito é auxiliar a família na compreensão da gravidade da situação, ressaltando a importância de seu envolvimento no tratamento. É responsabilidade da família manter um ambiente seguro, livre de objetos que possam facilitar tentativas de suicídio por parte do adolescente. Na abordagem do comportamento suicida em adolescentes, é essencial cultivar um senso de esperança e estabelecer um plano para o futuro. Esse plano deve incluir intervenções que enfatizem as razões para viver e atividades que proporcionem prazer.

Wenzel e seus apoiadores (2010) destacam outra faceta fundamental da TCC: a abordagem focada na interpretação do paciente em relação a cada situação e sua avaliação à luz da realidade. O terapeuta desempenha o papel de educador ao apresentar ao paciente o modelo cognitivo, enfatizando as interpretações e distorções cognitivas, e explicando como essas estão interligadas com as emoções e o comportamento.

Wenzel, Brown e Beck (2010) pensaram em um protocolo de tratamento direcionado a adolescentes que tenham tentado o suicídio ou apresentem comportamento suicida. Os autores enfatizam a importância de compreender os fatores correlatos e de risco para orientar o terapeuta na elaboração de intervenções específicas, que derivam da construção de uma conceituação de caso adequada para o adolescente com tendências suicidas. No que diz respeito às intervenções destinadas a adolescentes suicidas, os autores delinearam três fases distintas: a Fase Inicial, a Fase Intermediária e a Fase Avançada.

O manejo clínico com adolescentes traz consigo particularidades, principalmente relacionadas à linguagem empregada e à inclusão da família no processo. As técnicas aplicadas se concentram na regulação emocional, no desenvolvimento de habilidades sociais e comportamentais e na resolução de problemas. Dado que os adolescentes estão em uma fase de desenvolvimento, suas necessidades são frequentemente mais criativas e exigem abordagens mais cautelosas (WENZEL, BROWN E BECK, 2010).

De acordo com Wenzel, Brown e Beck (2010), na fase inicial do tratamento, primeiro, aborda-se a questão da confidencialidade. É importante notar que a confidencialidade é uma preocupação significativa para os adolescentes, já que frequentemente são encaminhados por seus pais ou familiares. Portanto, é fundamental que o terapeuta aborde essa questão desde o início e crie um ambiente seguro e confiável, explicando que as informações discutidas serão mantidas em sigilo.

Posteriormente, na fase intermediária, torna-se viável adquirir uma compreensão mais profunda das razões que conduziram o adolescente a considerar atos suicidas. Isso permite a formulação de estratégias de tratamento mais adequadas para esse grupo específico (WENZEL, BROWN E BECK, 2010). Nessa fase, são apresentadas quatro categorias principais. A primeira inicia com o desenvolvimento de estratégias de enfrentamento (*coping*), que englobam a adaptação de estratégias cognitivas, emocionais e comportamentais. Os adolescentes demonstram maior receptividade às habilidades de *coping* comportamental e emocional. As estratégias de enfrentamento emocional são concebidas para auxiliar os adolescentes na regulação de suas emoções, resultando, assim, em uma resposta mais favorável nas intervenções que incentivam a participação em atividades agradáveis. A segunda categoria aborda a implementação de estratégias destinadas a aumentar as motivações para continuar vivendo, uma vez que é bastante comum identificar entre os indivíduos em risco de suicídio a sensação de que não possuem mais razões para seguir em frente. O Kit da Esperança pode ser personalizado para atender às necessidades dos adolescentes, e os elementos incluídos nos Kits da Esperança

podem englobar mensagens de apoio de colegas, recados, fotografias de familiares e amigos, ou até mesmo a criação de websites e álbuns de colagens. Esses componentes se tornam um refúgio de esperança, prontos para serem utilizados durante momentos de crise suicida (WENZEL, BROWN E BECK, 2010).

Sobre a terceira categoria, Wenzel, Brown e Beck (2010) afirmam que requer um nível maior de diligência e consideração, uma vez que conflitos familiares podem estar vinculados à interrupção prematura do tratamento. Há uma clara conexão entre desentendimentos familiares e a adesão ao tratamento psicológico, com os principais objetivos da participação da família sendo a melhoria da comunicação e da capacidade de resolver problemas dentro da família, o aumento da aderência ao tratamento, o reforço do comprometimento familiar e a gestão dos comportamentos não colaborativos e conflituosos por parte dos adolescentes.

A quarta categoria tem como objetivo a alteração de comportamentos de autolesão não suicida. Devido à conexão entre tentativas de suicídio e a autolesão em adolescentes, os tratamentos para comportamento suicida devem incorporar estratégias para a prevenção da autolesão (WENZEL, BROWN E BECK, 2010).

E por fim na fase avançada no tratamento para o comportamento suicida em adolescentes, o foco está na avaliação do progresso em relação às metas estabelecidas, com atenção especial a qualquer nova tentativa de suicídio ou comportamento autoagressivo. Além disso, inclui-se o protocolo de prevenção de recaídas. Nessa etapa final, é crucial considerar quaisquer possíveis obstáculos e desafios que possam surgir ao encerrar o tratamento (WENZEL, BROWN E BECK, 2010).

Wenzel, Brown e Beck (2010) afirmam a importância de analisar as estratégias de enfrentamento mais eficazes durante um momento de crise suicida, bem como planejar o término do tratamento, estabelecendo previamente a frequência das sessões e incorporando o plano terapêutico, incluindo possíveis encaminhamentos para outras intervenções terapêuticas. Na fase de encerramento, é crucial levar em consideração potenciais obstáculos e impasses.

## **DISCUSSÃO**

Ao explorar o manejo clínico nas abordagens terapêuticas Gestalt e a TCC para lidar com o comportamento suicida em adolescentes, é fundamental considerar a complexidade emocional e relacional desses indivíduos. Cada abordagem oferece perspectivas valiosas que podem informar a compreensão e a intervenção nesse cenário sensível.

Ao decorrer das pesquisas feitas ao longo desse artigo, foi possível confirmar que ambas as abordagens entendem a complexidade do período da adolescência, onde ela é marcada por um conjunto de transformações físicas e psicológicas na vida dos adolescentes, o que os leva a questionar a si mesmos e ao mundo ao seu redor. Infelizmente, uma das consequências é o surgimento de ideações suicidas, que ocorrem em diferentes contextos sociais e culturais (MOREIRA E BASTOS, 2015).

As duas abordagens têm como um dos pontos principais para o tratamento a construção de uma relação terapêutica com cliente que se baseiam em empatia, confiança e acolhimento.

Sobre as diferenças do manejo clínico, podemos pontuar primeiramente a questão do objeto de estudo, que, para a Gestalt-Terapia, o homem é um ser em projeto e a intervenção e está focada em compreender o processo de vida do indivíduo, que busca pensar no aqui e agora.

Já para a Terapia Cognitivo-Comportamental, o seu objeto de estudo é a função dos aspectos cognitivos e comportamentais, com o objetivo de reorganizar e corrigir os pensamentos distorcidos e desenvolver soluções de mudanças no transtorno emocional, como menciona a autora, Beck (2013).

O segundo ponto de diferença do manejo clínico das abordagens refere-se ao fato de a Gestalt-Terapia priorizar a investigação de todas as fantasias relacionadas ao suicídio, seja no que se diz respeito às expectativas sobre o que ocorrerá após o ato ou o quanto o impacto isso traria às pessoas próximas. Com isso, o terapeuta visa trazer fatores de proteção para o indivíduo e conseguir fazer um levantamento de recursos positivos para que juntos consigam encontrar novos recursos que ajudem na superação das adversidades (FUKUMITSU E SCAVACINI 2013).

O manejo clínico da Terapia Cognitiva-Comportamental trabalha com a prevenção do suicídio, envolvendo estratégias que ajudem a modificar o comportamento suicida e manobras para ajudar a lidar com desafios específicos acarretando esperança no futuro (WENZEL, BROWN E BECK, 2010).

Apesar do pensamento de manejo clínico das duas abordagens serem de certa forma diferentes, no ponto principal, as duas consistem em trazer esperança e buscar a prevenção de futuras crises.

Em relação ao manejo, a abordagem Gestalt, conforme apresentado por Fukumitsu (2014), delinea fases de condutas no manejo psicoterapêutico para lidar com pacientes que manifestam ideação suicida. A autora ressalta que a eficácia da abordagem psicoterapêutica é aprimorada quando o profissional de saúde adota uma postura de observação e compreensão com os fenômenos humanos, aceitando a falta de fé por parte daqueles com quem interage.

Na TCC, o psicoterapeuta pode empregar o planejamento de segurança, auxiliando o paciente a identificar seus gatilhos. Os autores Wenzel, Brown e Beck (2010) desenvolveram um protocolo específico voltado para adolescentes que sofreram suicídio ou que manifestaram comportamento suicida esse protocolo se baseia na psicoeducação.

Portanto, existe diferença entre os manejos clínicos da Gestalt-Terapia e a Teoria Cognitiva-Comportamental, o que mostra a forma como o terapeuta realiza o manejo.

Na Terapia Cognitivo-Comportamental, o terapeuta desempenha o papel de educador, enfatizando as interpretações e distorções cognitivas e explicando como elas estão interligadas com as emoções e o comportamento.

Já Gestalt tem o objetivo fortalecer o cliente em diversas áreas, isso inclui ampliar a awareness para que, a partir dela, o contato seja enriquecido, a fluidez na relação entre figura e fundo possa ocorrer, os ajustes criativos possam tornar funcionais e as fronteiras sejam flexíveis e permeáveis (FUKUMITSU E SCAVANI, 2013).

Depreende-se que ambas têm protocolos de manejo clínico para adolescente com comportamento suicida, porém a Terapia Cognitiva-Comportamental se baseia em uma estruturação de sessões enquanto a Gestalt-Terapia trabalha sobre o que o cliente traz a cada sessão, ou seja, não é estruturada.

Em ambas as abordagens, quando ocorre o risco iminente de vida, é necessário a quebra do sigilo durante o processo terapêutico. Com o objetivo de evitar consequências negativas, é indicado que o paciente esteja sempre acompanhado e em monitoramento diário. Nesse contexto, a família é de suma importância na segurança do adolescente com ideação suicida. Cumpre mencionar que o que torna fundamental é a capacidade de acolhimento e sensibilidade diante do sofrimento, proporcionando um ambiente seguro e abrangente.

Diante disso, o presente artigo se torna relevante, uma vez que traz informações significativas para o manejo e prevenção do suicídio em adolescentes nas abordagens da Gestalt-Terapia e Terapia Cognitiva-Comportamental.

Diante dos estudos, constatou-se que é necessário maiores investimentos e incentivos de políticas públicas, principalmente nas áreas da saúde e educação, para prevenção de comportamentos suicidas em adolescentes.

Cumpra trazer também que, mesmo com manejos clínicos diferentes, ambas abordagens presentes neste estudo buscam a melhor forma de tratamento para prevenção de atos suicidas em adolescentes com tal comportamento.

Por fim, a partir dos artigos estudados durante o processo de escrita, também foi possível entender um pouco mais sobre o manejo clínico de cada abordagem, que apesar de se apresentarem com dinâmicas divergentes, e que até certo ponto suas visões de homem sejam diferentes, as mesmas seguem o mesmo objetivo de ajudar o adolescente a se entender como um ser no mundo pertencente.

## REFERÊNCIAS

ABREU, T. B. de .; MARTINS, M. das G. T. . A Presença De Ideação Suicida Em Adolescentes E Terapia Cognitivo-Comportamental Na Intervenção: Um Estudo De Campo. **Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação**, [S. l.], v. 8, n. 5, p. 1341–1362, 2022. DOI: 10.51891/rease.v8i5.5525. Disponível em: <https://www.periodicorease.pro.br/rease/article/view/5525>. Acesso em: 29 maio. 2023.

ARAÚJO, Liércio Pinheiro de; FARIAS, Laeuza Lúcia da Silva; MENEZES, Robson Lúcio Silva de; RIBEIRO, Marcelo Silva de Souza. **Comportamento e suicídio: o suicídio e seus fatores sociais**. Conselho Regional de Psicologia. Petrolina: UNIVASF, 2019. Disponível em: [https://www.crp15.org.br/wp-content/uploads/2020/05/ebook\\_COMPORTAMENTO-E-SUICIDIO1.pdf](https://www.crp15.org.br/wp-content/uploads/2020/05/ebook_COMPORTAMENTO-E-SUICIDIO1.pdf). Acesso em: 22 out. 2023.

BAGGIO, Lissandra; PALAZZO, Lilian, AERTES, Denise Rangel Ganzo Castro. **Planejamento suicida entre adolescentes escolares: Prevalência e fatores associados**. **Caderno de saúde pública**, 25 (1): 142-150, 2009).

BAHLS, Saint-Clair; BAHLS, Flávia Rocha Campos. **Depressão na adolescência: características clínicas, Interação em psicologia**, 6:49-57, 2002.

BECK, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1997). **Terapia cognitiva da depressão**. Porto Alegre: Artmed.

BECK, Judith S. **Terapia Cognitivo-Comportamental: teoria e prática**. Porto Alegre: Artmed, 2013.

CAETANO, Aline Mayara Hernandez. **Terapia cognitivo-comportamental e a intervenção em adolescentes com ideação ou tentativa de suicídio**. 2017. *Psicologia.pt - O Portal dos Psicólogos*. Disponível em: <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A1266.pdf>. Acesso em: 22 OUT. 2023.

CARDELLA, Beatriz Helena Paranhos **A Construção do Psicoterapeuta: uma abordagem gestáltica**. São Paulo: Summus, 2002

CFP (Conselho Federal de Psicologia). **Suicídio e os desafios para a Psicologia**. Brasília-DF: 2013. Disponível em: <https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2013/12/Suicidio-FINAL-revisao61.pdf>. Acesso em: 27 maio. 2023.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **O Suicídio e os desafios para a psicologia**. CFP: Brasília, 2013. 152p. Disponível em: [https://www.crp15.org.br/wp-content/uploads/2020/05/ebook\\_COMPORTAMENTO-E-SUICIDIO1.pdf](https://www.crp15.org.br/wp-content/uploads/2020/05/ebook_COMPORTAMENTO-E-SUICIDIO1.pdf). Acesso em: 29 out. 2023.

CRPDF (Conselho Regional de Psicologia do Distrito Federal). **Orientações para a atuação profissional frente a situações de suicídio e automutilação**. Brasília- DF: 2020. Disponível em: [https://conselho.saude.gov.br/images/CRPDF-Orientacoes\\_atuacao\\_profissional.pdf](https://conselho.saude.gov.br/images/CRPDF-Orientacoes_atuacao_profissional.pdf). Acesso em: 03 jun. 2023.

Dattilio, F. M., Freeman, A. (Eds.). (2004). *Estratégias cognitivo comportamentais de intervenção em situações de crise*. Porto Alegre: Artmed.

FOGAÇA, V. D. et al.. Suicide attempts by adolescents assisted in an emergency department: a cross-sectional study. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 76, n. 2, p. e20220137, 2023.

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

FRAZÃO, L. M. (2013). Um pouco de história... um pouco dos bastidores. In L.M. Frazão & K.O. Fukumitsu (Org.), **Gestalt-Terapia - Fundamentos Epistemológicos e Influências Filosóficas**. (Vol. 1, pp. 11-23). São Paulo: Summus Editorial.

FRAZÃO, L. Pensamento diagnóstico processual: uma visão gestáltica de diagnóstico. **Revista do II Encontro Goiano de Gestalt-Terapia**, Goiânia, n. 2, p. 27-31, 1996.

FRAZÃO, Lilian Meyer. **A Compreensão do funcionamento saudável e não saudável a serviço do pensamento diagnóstico processual em Gestalt-terapia**. 1999. [Online]. Configuração. Disponível [10 nov. 2000].

FRIEDBERG, Robert D.; McCLURE, Jéssica M. **A prática clínica de terapia cognitiva com crianças e adolescentes**. Recurso eletrônico. Porto Alegre: Artmed, 2007. Disponível em: <https://www.pdfdrive.com/a-pr%C3%A1tica-cl%C3%ADnica-da-terapia-cognitiva-com-crian%C3%A7as-e-adolescentes-e187423573.html>. Acesso em: 22 out. 2023.

FUKUMITSU, K.O.; SCAVACINI, K. **Suicídio e manejo psicoterapêutico em situações de crise: uma abordagem gestáltica**. Revista da Abordagem Gestáltica, São Paulo, 2013. p.198-204. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rag/v19n2/v19n2a07.pdf>. Acesso em: 31 out. 2023

FUKUMITSU, K.O. **O psicoterapeuta diante do comportamento suicida**. Instituto de Psicologia USP, v.25, n.3, São Paulo, 2014. p.270-275. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pusp/v25n3/0103-6564-pusp-25-03-0270.pdf>. Acesso em: 27 maio. 2023.

FUKUMITSU, K. O. **Suicídio e Psicoterapia: uma visão gestáltica**. Série Gestalt-Terapia. Campinas: Livro Pleno, 2005.

HENDIN, H. et al. Problems in psychotherapy with suicidal patients. *American Journal of Psychiatry*, v. 163, n. 1, p. 67-72, 2006.

HENRIQUES, G.; BECK, A. T.; BROWN, G. K. (2003). **Cognitive therapy for adolescent and young adult suicide attempters**. *American Behavioral Scientist*, 46, 1258-1268.

HOLANDA, A. **Fenomenologia e humanismo: reflexões necessárias**. Curitiba: Juruá, 2014.

MARTINS, Maria das Graças Teles; SOUSA, Kamilla Kleanny Silva. **Suicídio na adolescência: contribuições da terapia cognitivo-comportamental na prevenção**. Desenvolvimento da criança e do adolescente: evidências científicas e considerações teórico-práticas. Editora Científica Digital, p. 791-804, abr. 2020. Disponível em: <https://www.editoracientifica.org/articles/code/200801128>. Acesso em: 22 OUT 2023.

MELEIRO, A. M. A.; FENSTERSEIFER, L.; WERLANG, B. S. G. (2004). Esforços para prevenção. In B. G. Werlang & N. J. Botega (Orgs.). **Comportamento suicida** (pp.141-152). Porto Alegre, RS: Artmed.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. de A. **Fundamentos da Metodologia Científica**. São Paulo:Atlas, 2003.

LIMA, Deyseane Maria Araújo. **O self-box como experimento na atuação do gestalt-terapeuta com adolescentes**. *Rev. abordagem gestalt.*, Goiânia , v. 25, n. 3, p. 313-322, dez. 2019 . Disponível em: <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1809-68672019000300010&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-68672019000300010&lng=pt&nrm=iso)>. acesso em 01 out. 2023.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (Brasil). Secretaria de Vigilância em Saúde. **Mortalidade por suicídio e notificações de lesões autoprovocadas no Brasil**. *Boletim Epidemiológico - N° 33*, Brasília, v. 52, p. 1-10, 17 set. 2021.

MOREIRA, L. C. O.; BASTOS, P. R. H. O. Prevalência e Fatores Associados à Ideação Suicida na Adolescência: Revisão de Literatura. **Revista Quadrimestral da Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional**, São Paulo, V. 19, N 3, p. 445-453, Setembro/Dezembro, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pee/a/d6wbJxC3KF5QZ7sJb67kVPr/?format=pdf>. Acesso em: 04 junho. 2023.

MOREIRA, V. **A Gestalt-Terapia e a Abordagem Centrada na Pessoa São Enfoques Fenomenológicos? Revista da Abordagem Gestáltica: Phenomenological Studies**, vol. **XV, núm. 1, junho**, 2009, pp. 3-12 Instituto de Treinamento e Pesquisa em Gestalt-Terapia de Goiânia.

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

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Prevenção do suicídio: manual para médicos clínicos gerais**. Genebra, 2000. Disponível em:

[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/67165/7/WHO\\_MNH\\_MBD\\_00.1\\_por.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/67165/7/WHO_MNH_MBD_00.1_por.pdf). Acesso em: 06 maio. 2023.

OZELLA, Sérgio. Adolescência: uma perspectiva crítica. **Adolescência e psicologia: concepções, práticas e reflexões críticas**, p. 16-24, 2002.

PEREIRA, Dayse de Cássia, ROSAL, Anna Silvia de Rosal. Ideação Suicida: manejo na Clínica Psicanalítica. **Revista Leitura Flutuante**, São Paulo, v.11, n. 2, p. 1-36. 2019. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/leituraflutuante/issue/view/2356>. Acesso em: 27 maio. 2023.

PERLS, F.; HEFFERLINE, R.; GOODMAN, P. **Gestalt-Terapia**. São Paulo: Summus, 1997.

PERLS,F.S; Hefferline, R.F; Goodman, P. (1951). Gestalt-therapy: Excitement and grown in the human personality. New Work: Dell.

QUIROGA, F. L.; VITALLE, M. S. de S. O adolescente e suas representações sociais: apontamentos sobre a importância do contexto histórico. Physis: **Revista de Saúde Coletiva**, v. 23, n. 3, p. 863-878, 2013.

RUVIARO, N.; CORRÊA, A.S.; SILVEIRA, K.S.S.**Etiologia e manejo do comportamento suicida: a perspectiva da terapia cognitiva**. Disciplinarum Scientia. Série: Ciências da Saúde, Santa Maria, v. 20, n. 2, p. 377-390, 2019.

SANTOS, B. R. dos (1996). **A emergência da concepção moderna de infância e adolescência. Mapeamento, documentação e reflexão sobre as principais teorias**. Dissertação de Mestrado não publicada. Curso de Pós-Graduação em Ciências Sociais (Antropologia). Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. São Paulo - SP

SOUZA, Ariane da Silva de; SOUZA, Valdirene Brüning de; RAHIM, Sâmia Torquato. **Os Manejos de Risco de Suicídio nas Abordagens Psicológicas do Psicodrama e a Gestalt Terapia**. 2017. 17 p. Trabalho de Conclusão de Curso (Psicologia) - Universidade do Sul de Santa Catarina, Florianópolis.

VERGARA, S. C. **Projetos e Relatórios de Pesquisa em Administração**. 3 ed.São Paulo: Atlas, 2005

VITALLE, M.S.S.; MEDEIROS, E.H.G.R. **Adolescência: uma abordagem ambulatorial**. Barueri: Manole, 2008.

WENZEL, A., Brown, G. K., & Beck, A. T. (2010). **Terapia cognitivo-comportamental para pacientes suicidas**. Porto Alegre: Artmed.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Preventing suicide: a global imperative** [Internet]. Geneva. 2014 . Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241564779>

WRIGHT, J. H., Basco, M. R., & Thase, M. E. (2008). **Aprendendo a terapia cognitivo-comportamental: Um guia ilustrado**. Porto Alegre: Artmed.