

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE TERAPIA OCUPACIONAL  
CURSO DE TERAPIA OCUPACIONAL

**SARA RAYSSA BANDEIRA AMORIM**

**INTERVENÇÃO DA TERAPIA OCUPACIONAL COM PACIENTES EM RISCO DE  
SUICÍDIO ASSISTIDOS EM UMA ENFERMARIA DE SAÚDE MENTAL**

RECIFE, 2024

**SARA RAYSSA BANDEIRA AMORIM**

**INTERVENÇÃO DA TERAPIA OCUPACIONAL COM PACIENTES EM RISCO DE  
SUICÍDIO ASSISTIDOS EM UMA ENFERMARIA DE SAÚDE MENTAL**

Artigo científico elaborado segundo as normas da Revista Revisbrato, como exigência final para obtenção do grau de Terapeuta Ocupacional, pelo Curso de Terapia Ocupacional da Universidade Federal de Pernambuco.

Orientador: Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Vera Lúcia Dutra Facundes.

Co-orientadora: Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup>. Marina Araújo Rosas

## SUMÁRIO

Resumo.....	4
1. Introdução.....	5
2. Método.....	7
3. Resultados.....	9
4. Discussão.....	16
5. Conclusão.....	21
6. Referências.....	22
Anexos.....	25

## INTERVENÇÃO DA TERAPIA OCUPACIONAL COM PACIENTES EM RISCO DE SUICÍDIO ASSISTIDOS EM UMA ENFERMARIA DE SAÚDE MENTAL

## OCCUPATIONAL THERAPY INTERVENTION WITH PATIENTS AT RISK OF SUICIDE ASSISTED IN A MENTAL HEALTH WARD

## INTERVENCIÓN DE TERAPIA OCUPACIONAL CON PACIENTES EN RIESGO DE SUICIDIO ASISTIDOS EN UN SALA DE SALUD MENTAL

### Resumo:

**Introdução:** O suicídio é um fenômeno complexo, abrangendo fatores de ordem antropológica, social, psicológica, biológica e filosófica. Se constitui em um grave problema de saúde pública, de caráter mundial e está entre as principais causas de morte. A internação dos pacientes com risco de suicídio visa estabilizar seu quadro clínico e proporcionar um ambiente seguro para sua recuperação, através do tratamento em equipe multidisciplinar, incluindo o terapeuta ocupacional. Esse estudo objetiva descrever as intervenções da Terapia Ocupacional, com ênfase na avaliação e nas estratégias de atuação utilizadas com pacientes em risco de suicídio. **Método** Estudo descritivo, observacional, envolvendo 6 pacientes internados num Hospital Geral da cidade do Recife. Os dados foram coletados nos prontuários através de roteiro elaborado pelas pesquisadoras, e a Escala de Observação Interativa de Terapia Ocupacional foi utilizada para a avaliação e reavaliação. **Resultados:** Foi observado que os pacientes apresentavam prejuízos ocupacionais principalmente na gestão da saúde, lazer e participação social, apresentando melhoras significativas após as intervenções mediante reavaliações. **Discussão:** As atividades, de maneira geral, podem apresentar diversos significados e qualidades a depender da pessoa e do contexto empregado. Ao trabalhar com pacientes deprimidos, os significados dados por eles às atividades são o mais importante, foco da reconstrução de sua identidade e ressignificação de vida. **Conclusão:** A Terapia Ocupacional, no contexto da equipe multidisciplinar, contribuiu para a melhora do quadro clínico dos pacientes, os quais deixaram a classificação de risco iminente à vida e conseguiram restaurar a autoestima positiva.

**palavras-chave:** suicídio; saúde mental; terapia ocupacional

**Summary: Introduction:** Life is a natural cyclical process, it begins with fertilization and ends with death. In other words, everything has its appropriate period to be born, grow and die. However, this cycle can be abruptly interrupted through suicide, which consists of a complex and multifactorial phenomenon, encompassing anthropological, social, psychological, biological and philosophical factors. Suicide is a serious public health problem. **Method:** This is a descriptive and observational study, which used an instrument for data collection (data extraction set) and a standardized measurement scale (Interactive Observational Occupational Therapy Scale). Six psychiatric patients from a General Hospital participated in the research. **Results:** It was observed that patients presented occupational impairments mainly in health management, leisure and social participation, showing significant improvements after interventions through reevaluations. **Discussion:** Activities, in general, can have different meanings and qualities depending on the person and the context used. When working with depressed patients, the meanings they give to activities are the most important thing, the focus of rebuilding their identity and redefining their lives. **Conclusion:** it is possible to conclude that such interventions contributed to the treatment to improve the clinical condition of the patients, who were no longer classified as imminently at risk to life and were able to restore positive self-esteem.

**keywords:** suicide; mental health; occupational therapy

**Resumen: Introducción:** La vida es un proceso cíclico natural, comienza con la fertilización y termina con la muerte. En otras palabras, todo tiene su período apropiado para nacer, crecer y morir. Sin embargo, este ciclo puede verse interrumpido abruptamente a través del suicidio, que consiste en un fenómeno complejo y multifactorial, que abarca factores antropológicos, sociales, psicológicos, biológicos y filosóficos. El suicidio es un grave problema de salud pública. **Método:** Se trata de un estudio descriptivo y observacional, que utilizó un instrumento de recolección de datos (conjunto de extracción de datos) y una escala de medición estandarizada (Escala de Terapia Ocupacional Observacional Interactiva). En la investigación participaron seis pacientes psiquiátricos de un Hospital General. **Resultados:** Se observó que los pacientes presentaron deficiencias ocupacionales principalmente en la gestión de la salud, el ocio y la participación social, mostrando mejoras significativas después de las intervenciones mediante reevaluaciones. **Discusión:** Las actividades, en general, pueden tener diferentes significados y cualidades dependiendo de la persona y el contexto utilizado. Cuando se trabaja con pacientes deprimidos, lo más importante es el significado que le dan a las actividades, el foco de reconstruir su identidad y redefinir sus vidas. **Conclusión:** es posible concluir que tales intervenciones contribuyeron al tratamiento para mejorar la condición clínica de los pacientes, quienes ya no fueron clasificados como en riesgo inminente para la vida y lograron restaurar la autoestima positiva.

**palabras clave:** suicidio; salud mental; terapia ocupacional

## 1. INTRODUÇÃO

A vida é um processo cíclico natural, inicia-se na fecundação e se encerra na morte. Ou seja, tudo tem seu período adequado para nascer, crescer e morrer. Porém, este ciclo pode ser abruptamente interrompido através do suicídio, que consiste em um fenômeno complexo e multifatorial, abarcando fatores de ordem antropológica, social, psicológica, biológica e filosófica (Ramos et al., 2019; Ms, 2021). Segundo a Associação Brasileira de Psiquiatria (2014), "O suicídio pode ser definido como um ato deliberado executado pelo próprio indivíduo, cuja intenção seja a morte, de forma consciente e intencional, mesmo que ambivalente, usando um meio que ele acredita ser letal" (ABP, 2014; p. 9).

Segundo dados da Organização Mundial de Saúde (Oms, 2021), o suicídio é um grave problema global de saúde pública. De caráter mundial, todos os anos, mais de 700 000 pessoas morrem em decorrência do suicídio, estando entre as principais causas de morte, ultrapassando os índices referentes ao câncer de mama, malária, HIV/AIDS, homicídio e guerras. De acordo com Ramos e colaboradores (2019), uma pessoa se suicida a cada 45 segundos no mundo e de forma fatídica um milhão de pessoas atentam contra a própria vida anualmente.

Nesse sentido, tal conduta é definida como o ato de pôr fim à própria vida, mediante intenção, idealização e planejamento. É importante compreender que o suicídio não é uma escolha que almeja o óbito em si, mas é considerada como ato de desespero para solucionar os problemas e acabar com a insuportável dor do sujeito (Pereira et al., 2018; Penso & De Sena, 2020). No Brasil, entre 2000 e 2008, prevaleceu a taxa de suicídio entre os idosos, ao passo que a média era de 7/100 mil habitantes, totalizando 10.434 mortes. Porém, na contemporaneidade, a maioria das vítimas são jovens entre 14 e 39 anos de idade, perpassando as gerações (Silva & Motta, 2017; Ferreira & Gonçalves, 2018; Ramos et al., 2019; Penso & De Sena, 2020).

Em 2019, a OMS quantificou que uma em cada 100 mortes foram efetuadas por autodestruição, tendo prevalência do sexo masculino. No entanto, no âmbito brasileiro, o perfil de notificações das lesões autoprovocadas é majoritariamente feminino com idade inferior aos 50 anos. Visto que os homens viabilizam meios mais letais e prosseguem com finalização do plano suicida (MS, 2021). Nesse sentido, o Brasil se encontra na oitava posição do ranking entre os países com maior número de suicídios, sendo registrados cerca de 10 mil suicídios por ano. Constata-se que a partir do ano 2000, a taxa de suicídios aumentou em 62,5%. No período de 2011 até 2017 foram calculados pelo Ministério da Saúde por volta de 80.352 óbitos no país por violência autoprovocada, considerada a terceira maior causa de morte por fatores externos (Ferreira & Gonçalves, 2018; De Oliveira et al., 2020).

Nesse contexto, De Oliveira (2020) explica que o comportamento suicida é definido por pensamentos e ações que podem afetar a integridade física do sujeito, apresentando risco iminente à vida. Sendo assim, esse comportamento se classifica em três estágios. O primeiro deles é a ideação suicida, caracterizada por pensamentos e idealizações não concretas sobre o autoextermínio. O segundo, plano

suicida, é a formulação da estratégia escolhida para o ato. Já o terceiro, é a tentativa de efetivar o plano com a intenção de alcançar o resultado final de morte.

Este comportamento está frequentemente associado a diversos transtornos mentais, incluindo transtorno de personalidade, transtornos de humor (como depressão e transtorno bipolar), esquizofrenia, transtornos de ansiedade, transtornos alimentares, transtornos por uso de substâncias (como álcool e drogas), entre outros. Logo, essa graduação é consumada quando não há prevenção nem tratamento adequados direcionados aos indivíduos. Dentre todos estes, a depressão é a que prevalece como fator desencadeante do comportamento suicida (Silva & Motta, 2017; Ferreira & Gonçalves, 2018; Ramos et al., 2019; Penso & De Sena, 2020).

Dessa forma, é importante destacar, que as tentativas de suicídio se sobressaem aos atos consumados e não há como quantificar adequadamente esse fator. Pois, entende-se que para cada tentativa que chega a ser registrada, outras quatro não são percebidas. Assim, quando há reincidência de tentativas de suicídio aumenta o alerta para o grave risco emergente de vida (Moura et al; 2022). Entretanto, compreende-se que a maioria das pessoas que tentam suicídio não conseguem admissão na rede hospitalar pelo baixo grau de gravidade na classificação de risco. Assim, quando adentram o serviço de emergência, normalmente apenas são prestados os cuidados com os ferimentos e são estes que são registrados nos prontuários (Ferreira & Gonçalves, 2018).

Conforme De Oliveira et al (2020), Moura e outros pesquisadores (2022), o método mais utilizado para provocar a autolesão é o de intoxicação por ingestão de pesticidas ou medicamentos em grande dosagem. Logo atrás, constata-se a preferência pelo enforcamento, afogamento e também ferramentas perfurantes ou armas de fogo. Ademais, de acordo com a literatura, existem alguns fatores de risco que predisõem o comportamento suicida. São estes, vivência em contexto familiar disfuncional, violências sofridas durante a vida, instabilidade econômica, más condições de trabalho, uso de álcool e outras drogas, desemprego, baixa escolaridade, condições clínicas incapacitantes, acesso aos métodos mais utilizados, estado civil e o isolamento social (Difante, 2019).

Em contrapartida, os fatores de proteção também são referenciados como: relacionamentos interpessoais saudáveis (com a família, amigos e colegas de trabalho), relacionamento consigo (autoestima e auto eficácia), prática religiosa e suporte social. É notório que os fatores de risco desempenham um papel significativo para os sujeitos que podem nutrir sentimentos de menos valia e de incapacidade para lidar com a realidade. Por isso, os fatores de proteção são essenciais na construção e manutenção do aparato psíquico (Raposo et al., 2016; Ferreira & Gonçalves, 2018; Pereira et al., 2018;).

Em 2011, a Portaria nº3.088 institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) (Brasil, 2011). Após a Reforma Psiquiátrica

(substituição dos manicômios por nova ideologia de cuidado assistencial mais humanizado, em 1990) e a criação da RAPS, a prestação de serviço em saúde mental pôde ser ampliada aos diferentes níveis de complexidade. Ao findar a monopolização, o cuidado em saúde mental foi direcionado para novas modalidades, como: Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Hospital Dia (HD), Emergência Psiquiátrica em Pronto-Socorro Geral e Unidade Psiquiátrica em Hospital Geral (UPHG). No entanto os atendimentos pré-hospitalares das tentativas de suicídio, por ser considerado urgência/emergência, são realizados pela equipe do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU). Após realizar os procedimentos de primeiros socorros, a vítima é encaminhada aos serviços especializados da RAPS, citados acima (De Freitas & Vieira, 2021).

A enfermaria especializada dentro do Hospital Geral é uma das estratégias de cuidado proposta pelo Ministério da Saúde no âmbito da atenção hospitalar. Esta consiste em oferecer uma retaguarda hospitalar à rede de atenção psicossocial, evitando internações prolongadas, perda de identidade e de vínculos sociais. Tem por objetivo fornecer um atendimento específico e humanizado aos pacientes que apresentam transtornos mentais e comportamentais em ambiente hospitalar, com uma equipe multiprofissional e equipamentos adequados. Além disso, essas enfermarias podem contribuir para a desinstitucionalização da saúde mental, promovendo a inclusão social e a reinserção dos pacientes na comunidade (De Freitas & Vieira, 2021).

Segundo regulamentado pela Portaria 224/1992, em sua nomenclatura "Leito ou Unidade Psiquiátrica em Hospital Geral", dispõe que o serviço deve oferecer avaliações médica, psicológica e social, somado a atendimentos individuais e grupais, abordagens com os familiares e acompanhamento para a alta hospitalar (Brasil, 1992). O objetivo da internação em uma unidade psiquiátrica do hospital geral é oferecer um atendimento mais especializado e humanizado aos pacientes, com o objetivo de estabilizar seu quadro clínico e proporcionar um ambiente seguro para sua recuperação. Durante a internação, os pacientes recebem tratamento médico e psicossocial, terapia ocupacional, psicoterapia e suporte emocional (De Freitas & Vieira, 2021).

O terapeuta ocupacional compõe a equipe de profissionais do serviço hospitalar com o objetivo de manter a independência e autonomia do sujeito para conservar as capacidades e habilidades físicas, mentais, sociais e ocupacionais (Lima et al., 2022).

A Associação Americana de Terapia Ocupacional (AOTA, 2020) define a Terapia Ocupacional como a "utilização terapêutica de ocupações da vida quotidiana com pessoas, grupos ou populações (i.e., o/a cliente) com o objetivo de reforçar ou possibilitar a participação" (Gomes, 2021; p.4). Dessa forma, utiliza-se do seu conhecimento sobre o paciente/cliente e o seu envolvimento em ocupações significativas assim como o seu contexto para traçar as intervenções pautadas na ocupação humana (Gomes, 2021).

Nesse sentido, a Terapia Ocupacional, atuando na área da saúde mental, pode desempenhar um papel importante na prevenção do suicídio, tanto na avaliação e tratamento de indivíduos em risco quanto na promoção da saúde e na prevenção de comportamentos suicidas. Baseia-se no princípio de que a ocupação é fundamental para a saúde e o bem-estar do ser humano, e que o engajamento em atividades reflexivas pode ter um impacto positivo na prevenção e tratamento de transtornos mentais, incluindo o risco de suicídio. "Nesta área, a Terapia Ocupacional pode auxiliar na redescoberta e ressignificação dos papéis ocupacionais do indivíduo" (COFFITO, 2018).

Sendo assim, buscando refletir e aprofundar a prática clínica da Terapia Ocupacional, este estudo teve como objetivo geral descrever as intervenções do terapeuta ocupacional com pacientes em risco de suicídio, realizadas em uma enfermaria de Saúde Mental. Os objetivos específicos versam sobre a exposição dos resultados da avaliação e das estratégias de atuação terapêutica ocupacional com os pacientes assistidos em risco de suicídio.

## 2. MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo, observacional, que segundo Gil (2008), objetiva a descrição das características de determinada população ou fenômeno ou o estabelecimento de relações entre variáveis. Os principais instrumentos de coleta de dados são questionários, formulários, entrevistas e observação sistemática. Foram utilizados como procedimentos de pesquisa: revisão bibliográfica, aplicação dos instrumentos para a coleta dos dados (anamnese, avaliação terapêutica ocupacional), intervenções e reavaliações.

A pesquisa foi realizada na Enfermaria de Saúde Mental de um Hospital Geral da cidade do Recife, especificamente nos alojamentos conjuntos, áreas comuns de convivência e a sala da Terapia Ocupacional. Este local foi escolhido pelo seu destaque e sua referência na assistência de alta complexidade com fluxo contínuo de pacientes psiquiátricos. As principais causas de internamento dos pacientes foram comorbidades clínicas, risco de morte (temática central da pesquisa), indicação de eletroconvulsoterapia (ECT) ou investigação diagnóstica. Assim, participaram desta pesquisa 6 pacientes admitidos na enfermaria, cujos critérios de inclusão foram: ideação suicida (sem nenhuma restrição à transtornos psiquiátricos adjacentes), com mínimo de quinze dias de internamento e seis atendimentos de Terapia Ocupacional, dentro do período de setembro a dezembro de 2023. Foram excluídos os pacientes com comorbidades físicas e/ou neurológicas.

Para a coleta dos dados foram utilizados dois instrumentos, um planejado pelas autoras (ficha de extração de dados sociodemográficos, clínicos e ocupacionais) e o outro padronizado em formato de mensuração (Escala de Observação Interativa de Terapia Ocupacional - EOITO). A utilização de um instrumento científico pode favorecer a sistematização das intervenções do terapeuta ocupacional, compondo um registro quantitativo das manifestações clínicas e processos evolutivos. Os instrumentos de mensuração possibilitam uma fidedignidade ao quadro do paciente e ao seu progresso (Oliveira,



<b>Profissão</b>	doméstica	professora	decoradora	serviços gerais	assistência técnica	comerciante
<b>Status profissional</b>	aposentada	desempregada	desempregada	afastada (INSS)	desempregado	desempregado
<b>Rede de apoio</b>	marido e filha	mãe e amigos	irmãs e sobrinha	irmã	esposa	esposa e irmãos
<b>Religião</b>	evangélica	nenhuma	Católica	católica	nenhuma	evangélico

**Fonte:** Elaborado pelas autoras (2024).

É possível observar que o estudo obteve 6 pacientes participantes, cuja predominância está para o sexo feminino, em conformidade com a literatura. Destaca-se o crescimento de ideações suicidas em pessoas acima dos 40 anos, cuja média amostral foi de aproximadamente 46 anos. Além disso, é importante destacar que todos os participantes da pesquisa apresentaram uma rede de apoio familiar e um histórico de atividade produtiva, embora estivessem afastados ou desempregados devido ao processo agudo que resultou na internação hospitalar.

Ao observar o quadro 2, a seguir, encontramos que a prevalência está para o diagnóstico das síndromes depressivas, em alguns casos aparecendo como diagnóstico principal e em outros como sintoma coadjuvante. Dentre os pacientes, quatro apresentaram comorbidades associadas, sendo a hipertensão a mais destacada. Logo, é possível identificar que os dois pacientes mais jovens foram os que não apresentaram nenhuma comorbidade associada. Em relação ao histórico clínico, é percebido que os pacientes A, B, C e D (sexo feminino) possuem narrativas com a presença de dificuldades familiares. Em contrapartida, os pacientes E e F (sexo masculino) possuem uma causa em investigação e o outro em decorrência da descoberta de doença crônica. Ainda, mediante o agrupamento das medicações, é possível elencar os três grupos administrados com recorrência durante o período do estudo, sendo estes: antidepressivos, antipsicóticos e ansiolíticos.

**Quadro 2.** Dados clínicos dos sujeitos participantes da pesquisa, 2024.

<b>Pacientes</b>	<b>A</b>	<b>B</b>	<b>C</b>	<b>D</b>	<b>E</b>	<b>F</b>
<b>Diagnóstico</b>	Transtorno Obsessivo-com pulsivo (CID F42)	Síndrome depressiva	Depressão psicótica/ ideiação suicida	Transtorno Afetivo Bipolar em episódio misto e risco de suicídio	Primeiro Episódio Psicótico	Depressão psicótica / Síndrome de Cotard
<b>Comorbidades associadas</b>	Hipertensão arterial sistêmica e ansiedade	x	Obesidade	x	Hipertensão	Hipertensão

<p><b>Histórico clínico</b></p>	<p>História familiar com a presença do mesmo diagnóstico para a sua mãe, a qual cometeu suicídio. Ela pontua que sempre teve comportamento s repetitivos e compulsivos — inicialmente de limpeza —, mas que percebeu uma piora no quadro em 2015. Depois disso, piorou ainda mais em 2020, com a pandemia e o isolamento social. Relata comportamento s compulsivos de contagem com padrões de 8 repetições, assim como o comportamento de vagar pelo meio fio. Não consegue perceber os riscos associados. Caso não realize, ela sente que algo catastrófico irá acontecer e ela morrerá. Se for interrompida, fica agressiva. Pontua suas tentativas suicidas.</p>	<p>Família com pais separados, sofreu abuso sexual na infância pelo irmão (figura paterna), desencadeando aos 13 anos as ideias suicidas. Teve complicações no trabalho devido a mudanças de humor. Internamento devido a tentativa de suicídio por ingestão de veneno.</p>	<p>Paciente internada no serviço pela segunda vez, apresentando mesmos sintomas do primeiro internamento: tristeza profunda e ideiação suicida. Possui sentimento de incapacidade e sintomas psicóticos com eventuais produções de alucinações auditivas. Baixa autoestima e dependente de suas irmãs para sobreviver.</p>	<p>Infância com conflitos familiares, mãe jovem solo, trabalhando em hospitais na área de serviços gerais. Dificuldade em superar lutos, o da mãe e de sua primeira neta. Agravamento do adoecimento devido a preocupações excessivas com as decisões de vida dos filhos, com 15 tentativas de suicídio.</p>	<p>Sem história de adoecimento mental prévia, discurso delirante de cunho persecutório relacionado a sua companheira. Apresenta insônia, agitação psicomotora e alucinações auditivas. Relatos de que o paciente escondia faca e chave de fenda sob o travesseiro. Apresenta constantes ideias suicidas e relata algumas tentativas.</p>	<p>Provedor do lar, diagnosticado com hipertensão há alguns meses antes do internamento. Após a notícia, entrou em quadro depressivo e foi encaminhado ao CAPS. Devido ao agravamento do quadro depressivo e falas, como: “estou todo podre por dentro” e tentativas de suicídio, foi encaminhado ao serviço da enfermaria.</p>
---------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<b>Medicações diárias classificadas</b>	antidepressivo, ansiolítico e antipsicótico.	antidepressivos, antipsicótico e anticonvulsivante.	antidepressivo, antipsicótico, ansiolítico, anticonvulsivante e laxante	antidepressivo e ansiolítico.	antipsicótico e ansiolítico.	antidepressivo e antipsicótico
-----------------------------------------	----------------------------------------------	-----------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------	-------------------------------	------------------------------	--------------------------------

**Fonte:** Elaborado pelas autoras (2024).

### **Avaliação e diagnóstico terapêutico ocupacional**

A avaliação terapêutica ocupacional norteou as intervenções implementadas conforme o plano terapêutico do paciente. A avaliação levou em consideração os dados sobre histórico do adoecimento, rede de apoio, contexto ocupacional (AVDs, AIVDs, Gestão da Saúde, Lazer, Sono e Descanso, Trabalho, Participação Social), habilidades de desempenho e atividades significativas. Neste segundo contato foi possível identificar o humor deprimido da maioria dos pacientes, com oscilação na orientação (auto e alopsíquica) e produções de delírio (persecutórios) ou alucinações (auditivas e visuais). Diante desta problemática e por meio dos dados coletados nos quadros anteriores, foi possível traçar o diagnóstico terapêutico ocupacional dos pacientes (quadro 3).

**Quadro 3.** Diagnóstico Inicial Terapêutico Ocupacional dos sujeitos participantes da pesquisa, 2024.

<b>Pacientes</b>	<b>Diagnóstico Inicial Terapêutico Ocupacional</b>
<b>A</b>	Apresenta fortes prejuízos ocupacionais com dificuldades para se manter sentada ao realizar as atividades, pensamentos obsessivos pela necessidade de cumprir os rituais de contagem e padrão de comportamento. Apresenta-se inquieta constantemente e com dificuldade em permanecer no estado sono-vigília, despertando diversas vezes durante a noite. Era independente funcional anteriormente à crise. Será necessário facilitar o engajamento nas AVDs (atividades de vida diária), bem como demais ocupações prejudicadas devido às repercussões comportamentais e sensoriais do quadro clínico.
<b>B</b>	Apresenta fortes prejuízos ocupacionais ocasionados pela repercussão do quadro clínico. Dificuldades psicomotoras devido ao envenenamento, tremores significativos que dificultam a realização de sua AVD alimentação. Necessário trabalhar em prol da ressignificação e superação de traumas que impedem a realização satisfatória de suas ocupações, bem como a retomada de suas ocupações significativas. Além disso, investir em adequações para a realização de sua alimentação mesmo com os tremores.
<b>C</b>	Apresenta humor triste, baixo repertório ocupacional (restrita a convivência da família e aos afazeres domésticos), abúlica, referência alucinatória de vozes conhecidas e desconhecidas com conteúdo de menos valia e ruína. Apresenta interesses em fortalecer sua fé (se declara Católica). Independente nas AVDs e realiza poucas AIVDs em seu cotidiano. Não trabalha. Necessita de medicação para conciliar o sono, pobre

Pacientes	Diagnóstico Inicial Terapêutico Ocupacional
	engajamento em atividades de lazer. Sendo assim, é necessário promover ampliação do repertório ocupacional, participação social e gestão da saúde.
<b>D</b>	Paciente traz queixas sobre sua dificuldade em manter a atenção para a realização de suas AIVDs, principalmente o preparo de refeições. Mantém o autocuidado preservado e apresenta-se bastante participante em seu processo de cuidado, buscando o autogerenciamento de sua saúde, que será o foco das intervenções.
<b>E</b>	Autocuidado prejudicado e difícil manutenção de discurso sem produção de delírio. Será realizado acompanhamento com foco na manutenção das funções mentais, estimulação da gestão da saúde e promoção da participação social.
<b>F</b>	Sua principal ocupação, o trabalho, foi interrompida devido ao adoecimento, sendo necessário o resgate de sua volição para continuar vivendo. Assim, as intervenções partirão da necessidade do resgate das ocupações e gestão da saúde.

**Fonte:** Elaborado pelas autoras (2024).

Com base nas informações que compuseram o diagnóstico terapêutico ocupacional foram traçados os enfoques e direcionamentos das intervenções da Terapia Ocupacional durante o internamento.

Partimos da compreensão de que o internamento hospitalar pode instalar nos sujeitos um movimento em busca de mudanças, pois, por diferentes causas e/ou razões, estes sujeitos não conseguem melhorar suas condições por eles mesmos. Concordamos com Benetton (1994; p.123) quando afirma que "A internação ou qualquer outra atividade, numa crise, é sempre uma tentativa por mudanças, é abrir um leque de possibilidades".

### **Estratégias de intervenção da Terapia Ocupacional**

No quadro a seguir, resume-se todas as atividades que foram realizadas com esses pacientes durante o internamento. Sendo assim, a atividade é referenciada nesta pesquisa, como terceiro integrante de uma relação triádica, ao passo que a terapeuta e o indivíduo se encontram por algum motivo (necessidade e/ou vontade) para fazer Terapia Ocupacional (Benetton, 1994).

#### **Quadro 4.** Intervenções Realizadas Durante a Pesquisa

Categoria	Definição	Atividades
<b>AVDs</b>	"Atividades orientadas para cuidar do próprio corpo e realizadas por rotina" (Gomes, 2021; p.29).	*Oficinas de autocuidado (corte das unhas, hidratação do cabelo); *Confecção de tecnologia assistiva para auxiliar a alimentação; *Dia da beleza;

Categoria	Definição	Atividades
		*Jogo da memória com objetos de higiene e limpeza;
<b>AIVDs</b>	"Atividades para apoio à vida diária em casa e na comunidade" (Gomes, 2021; p.30).	*Construção e compartilhamentos de receitas em grupo; *Resolução de problemas cotidianos em grupo; *Compra e venda (habilidades financeiras); *Preparo de receita (cozinhar); *Gestão financeira
<b>Gestão da Saúde</b>	"Atividades relacionadas com o desenvolvimento, gestão e manutenção de rotinas de saúde e bem-estar, incluindo autogestão, com o objetivo de melhorar ou manter a saúde para suportar a participação noutras ocupações" (Gomes, 2021; p.31).	*Identificação e nomeação das emoções; *Mapa corporal; *Orientações para melhora de habilidades em gestão da saúde; *Confecção do "mapa dos sonhos"; *Planejamento da continuidade do cuidado após a alta; *Resgate sobre as causas do internamento e progresso no tratamento; *Acolhimento de demandas emocionais; *Alongamentos; *Orquestramento ocupacional e estruturação de rotina para o pós-alta; *Conversas sobre o progresso do tratamento, emoções e sentimento de morte; *Ampliação do repertório ocupacional e inclusão de momentos de lazer na rotina; *Bingo das emoções; *Terapia de Orientação Espaço-Temporal; *Estimulação multissensorial; *Tabela de gerenciamento das medicações diárias
<b>Sono e Descanso</b>	"Atividades relacionadas com a obtenção de descanso restaurador e sono para suportar o envolvimento ativo e saudável noutras ocupações" (Gomes, 2021; p.31).	*Técnicas de massagem para relaxamento dos membros inferiores; *Preparação para o descanso durante a noite (higiene do sono); *Adequação ambiental para descanso
<b>Trabalho</b>	"Trabalho ou esforço relacionado com o desenvolvimento, produção,	*Grupo de bordados no papel; *Montagem e desmontagem de peças

Categoria	Definição	Atividades
	entrega ou gestão de objetos ou serviços; os benefícios podem ser financeiros ou não financeiros” (Gomes, 2021; p.32).	
<b>Brincar/ Jogar</b>	“Atividades que são intrinsecamente motivadoras, controladas internamente e escolhidas livremente e que podem incluir suspensão da realidade” (Gomes, 2021; p.32).	*Jogos para estimulação cognitiva (quebra-cabeça, dominó, jogos de cartas, jogos da memória)
<b>Lazer</b>	“Atividade não obrigatória que é intrinsecamente motivadora e realizada durante o tempo livre, isto é, tempo não comprometido com ocupações obrigatórias, como trabalho, autocuidado ou sono” (Gomes, 2021; p.32).	<ul style="list-style-type: none"> <li>*Construção de mandalas coloridas para decoração do quarto ou presentear alguém;</li> <li>*Empréstimo de livros de interesse;</li> <li>*Adequação postural para favorecer a leitura, devido a tremores constantes;</li> <li>*Confecção de marca-texto personalizado;</li> <li>*Oficina de colagens com fotos da natureza;</li> <li>*Pintura de aquarela;</li> <li>*Confecção de pulseiras;</li> <li>*Campeonato de dominó;</li> <li>*Passeios Terapêuticos;</li> <li>*Conhecendo os Estados brasileiros e planejando viagens</li> </ul>
<b>Participação Social</b>	“Atividades que envolvem interação social com outras pessoas, incluindo família, amigos, pares e membros da comunidade, e que apoiam a interdependência social” (Gomes, 2021; p.32).	<ul style="list-style-type: none"> <li>*Escuta ativa beira leito;</li> <li>*Grupos terapêuticos;</li> <li>*Conversas reflexivas das histórias dos livros escolhidos e sobre a associação com a vida real;</li> <li>*Amigo doce;</li> <li>*Grupos de atividades;</li> <li>*Circuito de atividades motoras para aumento do estado de alerta;</li> <li>*Jogo lince adaptado;</li> <li>*Festa do halloween com contação de histórias e confecção de máscaras;</li> <li>*Ornamentação e montagem de festa de despedida</li> </ul>

<b>Categoria</b>	<b>Definição</b>	<b>Atividades</b>

**Fonte:** Elaborado pelas autoras (2024).

### **Avaliação e Reavaliação através da EOITO**

Assim, após o detalhamento das intervenções realizadas, apresentamos no quadro abaixo os escores das avaliações e reavaliações realizadas mediante o instrumento de mensuração, a Escala de Observação Interativa em Terapia Ocupacional (EOITO).

#### **Quadro 5.** Escores das Avaliações da EOITO

<b>EOITO*</b>	Paciente A	Paciente B	Paciente C	Paciente D	Paciente E	Paciente F	<b>Média</b>
1º Avaliação	16	8	10	11	13	15	12,16
2º Avaliação	16	8	9	8	12	13	11
3º Avaliação	15	6	9	5	12	13	10
4º Avaliação	10	X	3	X	10	9	6,75
5º Avaliação	6	X	3	X	10	4	5,75
6º Avaliação	X	X	X	X	X	4	4
Progresso final+	16-6=10	8-6=2	10-3=7	11-5=6	13-10=3	15-4=11	-8,16

\*Cada reavaliação ocorreu após 4 intervenções terapêuticas ocupacionais.

A letra "X" representa que o paciente obteve alta hospitalar e por isso não apresenta nova reavaliação, constando a anterior como última.

+Progresso final: diferença entre a primeira avaliação (sem nenhuma intervenção) e a última avaliação (após todas as avaliações realizadas).

**Fonte:** elaboração das autoras (2024)

Através deste quadro é possível observar que a intervenção da Terapia Ocupacional, combinada as demais intervenções profissionais (psicólogo, enfermeiro, nutricionista, psiquiatra) esteve associada a melhora do quadro dos pacientes de forma progressiva. Observa-se que a paciente A foi a que mais pontuou na primeira avaliação e também a que mais obteve regressão desta pontuação, conseguindo regredir 10 pontos distribuídos entre os 4 subgrupos da escala (execução das atividades, psicoticismo, interação social e cuidado pessoal), assim como a paciente C e o paciente F. Já a paciente B, a que menos regrediu, e a D conseguiram abarcar 2 subgrupos (psicoticismo e cuidado pessoal). O paciente E foi o que menos regrediu, quando analisamos a quantidade de intervenções realizadas, conseguindo contemplar todos os subgrupos, exceto o psicoticismo (agravante do quadro de primeiro surto psicótico). No entanto, todos os seis pacientes conseguiram contemplar com regressão total do

subgrupo de cuidado pessoal em que se avalia a expressão da autoestima como positiva (0), negativa (1) ou negativa com ideação suicida (2). Assim, evidenciando o foco principal da pesquisa, ao passo que todos tinham ideações suicidas e conseguiram, através da combinação medicamentosa com as intervenções da Terapia Ocupacional, durante o internamento alcançaram maior iniciativa e envolvimento significativo nas ocupações.

#### 4. **DISCUSSÃO**

As principais características dos participantes do estudo estão em consonância com a literatura (Silva & Motta, 2017; Ferreira & Gonçalves, 2018; Ramos et al., 2019; Penso & De Sena, 2020), quando revela que a depressão é prevalente aos demais diagnósticos e desencadeante do comportamento suicida, acometendo mais pessoas do sexo feminino. Embora a literatura mais atual (Ms, 2021) aponte a predominância de pessoas mais jovens, o estudo revelou ideações suicidas em pessoas acima dos 40 anos. Além disso, no histórico clínico fica perceptível que os fatores de risco apontados pela literatura estão presentes na vida dos sujeitos desta pesquisa e que podem estar relacionados com as ideações suicidas.

##### **Nunca é uma coisa só, mas sempre é alguma coisa**

O ato do suicídio não está vinculado a uma causa única ou isolada. O que comumente é apontado como a causa de um suicídio representa a manifestação final de um processo de crise vivenciado pela pessoa. Conforme foi observado, as principais causas citadas pelos participantes do estudo relacionadas com os atos suicidas foram crises conjugais e familiares somadas às doenças graves e dificuldades profissionais, em consonância com a literatura ao elenca (Difante, 2019).

Diversas situações de vulnerabilidade para o suicídio requerem atenção. Entre as mais prevalentes, incluem-se doenças graves, isolamento social, desesperança, crises conjugais e familiares, luto, perda de emprego ou dificuldades profissionais. Estas circunstâncias não determinam de forma isolada o suicídio, mas podem interagir e contribuir para sua ocorrência em casos de intenso sofrimento (Ferreira & Gonçalves, 2018; (Difante, 2019).

##### **Terapia Ocupacional e pacientes com ideação suicida**

O comportamento suicida é considerado um problema grave não em decorrência de um diagnóstico médico, mas caracterizado como um problema social que acarreta em repercussões decorrentes da exclusão social que evidencia a problemática a ser trabalhada pela Terapia Ocupacional (Benetton, 1994). Logo, tratando-se de um diagnóstico situacional, "não fazer nada, estar trancado, ao agredir e destruir, mobiliza com tal força o sistema a que pertence que ninguém próximo fica impune. Ele é um problema real, da realidade e do cotidiano social" (Benetton, 1994; p.20). Dessa forma, em acordo com a literatura, o olhar do terapeuta ocupacional é um instrumento que através da análise contextual consegue construir as possibilidades do fazer (Benetton, 1994).

Nesse sentido, a utilização do fazer através de atividades pode apresentar diversos significados e qualidades a depender da pessoa e do contexto empregado. Ao trabalhar com pacientes deprimidos, os significados dados por eles às atividades são o mais importante, foco da reconstrução de sua identidade e ressignificação de vida. O produto de uma atividade, não importa qual for, é uma aquisição particular daquele que se permitiu experienciar o fazer (Benetton, 1994). Assim como argumentado por Benetton (1994), "creio que a terapia ocupacional e as atividades realizadas são usadas pelos pacientes psicóticos como fenômenos afetivos, de certa forma alucinados, ora fazendo parte da realidade externa, ora da realidade interna" (Benetton, 1994; p.89).

À medida que o paciente não apenas participa na execução, mas também na escolha das atividades como recurso terapêutico, ele se torna o protagonista de seu próprio cuidado. Essa construção é estabelecida dentro do setting terapêutico, ambiente acolhedor e propício para o desenvolvimento da comunicação efetiva e da criatividade (Barbosa, 1998). Assim como é exposto por Benetton (1994), em resumo, os objetivos da Terapia Ocupacional são "sempre de preenchimento dos déficits de maneira a promover a interação social" (1994; p.19).

No campo hospitalar, a Terapia Ocupacional utiliza-se de uma visão holística para estabelecer metas de curto, médio e longo prazo durante o internamento. As quais se baseiam na "ampliação e melhoria do desempenho ocupacional, da participação nas ocupações e da qualidade de vida a partir da ressignificação do cotidiano, alterado devido ao adoecimento e à internação" (Cudo & Corrêa, 2023; p.798)

As atividades realizadas no ambiente da enfermaria foram íntimas ao processo terapêutico, facilitando nos processos do "pensar" e do "fazer", a aprendizagem e o desenvolvimento de diversas habilidades, sendo elas, motoras, processuais e sociais. Assim, para a construção deste raciocínio clínico de intervenção, foi necessário que houvesse a construção de um processo avaliativo. No qual, foram identificadas as principais demandas ocupacionais em decorrência dos prejuízos apresentados durante a hospitalização. Para além dos déficits, a identificação de atividades significativas e volitivas ao paciente foram buscadas durante a avaliação inicial, para que fossem formulados os planos terapêuticos (Cudo & Corrêa, 2023).

É importante apontar, ainda, ao prosseguir com o processo avaliativo e reavaliativo era possível verificar as dinâmicas sociais e de gestão da saúde por meio das atividades, à medida que o paciente relatava como estava seu humor, se havia tomado o remédio ou jogado fora, sua convivência com os demais e suas percepções de melhora do quadro clínico. Dessa forma, é perceptível que ao longo das intervenções, dentro da rotina hospitalar, o processo de avaliação contínua possibilita melhor acompanhamento da progressão do quadro clínico dos pacientes e redireciona as demandas mais emergenciais a serem contempladas. Logo, as trocas e o compartilhamento de novas informações mediante o vínculo estabelecido, contribuem para a potencialização dessas ações. É através destas informações que se faz possível as previsões situacionais dos pacientes psiquiátricos (Cudo & Corrêa,

2023). Assim, serão percorridas as ocupações que obtiveram maior demanda e as intervenções propostas.

### **Intervenções com foco na participação social - você começa ou eu começo?**

A participação social é considerada a ocupação mais complexa a ser desempenhada, tratando-se de pacientes deprimidos com ideias suicidas. Nesse sentido, as intervenções terapêuticas ocupacionais devem contemplar as facetas que envolvam atividades de participação na comunidade, na família, em amizades, com parceiros e em grupos de pares (Gomes et al., 2021). Entretanto, para alcançar êxito no desempenho satisfatório dessas atividades, algumas habilidades de interação social precisaram ser trabalhadas e serão detalhadas a seguir.

Pacientes com ideiação suicida apresentam dificuldades reais em iniciar, produzir e terminar a interação social, preferindo não o fazer. Dessa forma, foram realizadas conversas diárias com foco na orientação para a realidade ao perguntar como tinha sido a noite anterior ou como estava o café da manhã. Instigando-os a retornarem às perguntas, estabelecendo um diálogo curto de interesse todos os dias. Outra habilidade que segundo Gomes e seus colaboradores (2021) é necessária para ser desenvolvida, é o apoio físico durante a interação. Sabe-se que a linguagem corporal é observada durante uma interação, que para estes pacientes é evidenciada por seus ombros caídos e cabeça baixa rejeitando contato visual. Assim, foi preciso agir com cautela para que esse comportamento não fosse reforçado, mas que também não fosse incompreendido. Logo, o toque foi uma estratégia utilizada para chamar a atenção e gerenciar o olhar do paciente durante a interação, sempre de forma delicada e não invasiva, assim como a regulação da entonação da voz a fim de aumentar o nível de alerta do mesmo.

As habilidades de adaptar e moldar o conteúdo da interação foram bem desenvolvidas dentro dos grupos terapêuticos (jogos, amigo doce, festas) e também na realização de atividades individuais significativas ao paciente (escuta ativa, reflexões de livros, circuito motor, estimulação cognitiva). Assim, "penso que o trabalho da terapeuta ocupacional nessa área se caracteriza fundamentalmente em objetivar a saúde mental de um louco de tal forma que, mesmo quando louco, haja a manutenção da interação social" (Benetton, 1994; p.20).

É importante apontar, ainda, que as intervenções visando a ocupação de participação social foram realizadas mediante a abordagem psicossocial, ao qual se utilizava da rotina da enfermaria como eixo organizador (Buchain et al., 2003). Utilizando-se do vínculo terapêutico e da tríade terapeuta-paciente-atividades foi possível fomentar a interação social trabalhada no setting terapêutico transportando-a para as vivências nas atividades externas. Dessa forma, através do vínculo, foi possível incentivar o paciente a descobrir e resgatar planos, sonhos e projetos (concretos ou não) contribuindo no processo de ressignificação do seu cotidiano.

### **Intervenções com foco na gestão da saúde e no lazer - "hoje, eu acordei o sol"**

As atividades focadas na gestão da saúde se concentravam no conhecimento e nomeação das emoções dos pacientes para que estes pudessem colocar em palavras o que estavam sentindo, além da estimulação do papel de protagonista do cuidado que o paciente precisava ocupar. Dessa forma, esperava-se que após a internação os tratamentos medicamentoso e terapias necessárias fossem mantidas, visto que esta ocupação da gestão da saúde era negligenciada pelos pacientes. As intervenções possibilitaram o exercício da autorresponsabilidade de progresso.

Em relação ao Lazer, os autores Queiroz e Morrison (2023), relatam que esta ocupação é entendida como as atividades que possibilitam o prazer e não são consideradas obrigatórias, realizadas no tempo livre. Dessa forma, as atividades que promovem o lazer podem ser utilizadas como recurso terapêuticos visando o engajamento ocupacional do paciente. Esta pesquisa evidencia este aspecto ao contemplar diversas atividades realizadas, dentre elas, os passeios terapêuticos que conseguiu juntar as ocupações de lazer, gestão da saúde e participação social, obtendo excelentes resultados qualitativos, visto que o internamento impossibilita que o paciente tenha contato com o mundo externo e até mesmo com o sol.

Através do lazer pode-se expressar a autonomia do indivíduo em escolher algo que lhe promova prazer e lhe ajude a enfrentar o sofrimento psíquico, conseguindo gerenciar sua saúde (Queiroz & Morrison, 2023). Foi perceptível o maior engajamento nas atividades com foco no lazer, as quais eram escolhidas pelos pacientes. Os passeios terapêuticos se tornaram um "mega evento", ao passo que os pacientes perguntavam todos os dias: "vamos passear hoje?", a praia era o destino mais visado, mas devido às condições reais de um serviço público não era possível. No entanto, sair do hospital e realizar uma simples caminhada entre as árvores, no estacionamento, com a presença do sol e das demais pessoas já era suficiente para gerar empolgação e o semblante permanecer satisfeito.

É importante ressaltar que por se tratar da atividade mais aguardada da semana, contratos terapêuticos eram feitos, instigando que as demais fossem realizadas. Ou seja, para passear era necessário estar com o autocuidado preservado (tomar banho, arrumar-se), assim como se alimentar bem e tomar a medicação da manhã. Dessa forma, as ocupações foram gerenciadas e fiscalizadas uns pelos outros: "vai tomar banho pra gente poder passear", "você já tomou o remédio?". Além disso, durante os passeios, a natureza era reverenciada pelos pacientes que ficavam admirados e teciam comentários sobre memórias afetivas, experiências vivenciadas e expressavam suas emoções, tornando aquele momento uma contação de histórias reais. Momento também musical, onde quer que estivessem, cantava-se com a empolgação da liberdade: "Hoje, eu acordei o sol".

### **Abordagens grupais - a experiência vivida de um quase suicídio**

Narrativas individuais sobre intenso sofrimento emocional acompanhado de pensamentos e tentativas suicidas de um sujeito que possui experiências na caminhada da superação e recuperação podem semear esperança para aqueles que estejam vivenciando situações similares. Dessa forma, poderá

contribuir significativamente para o enfrentamento da dor e a aquisição de insights do adoecimento (Iasp, 2022).

“A abordagem grupal é o espaço onde os pacientes possam compartilhar, comunicar, sentirem-se integrados com outras pessoas, convivendo com limitações e potencialidades, vivendo em um sentido terapêutico” (Barbosa, 1998; p.3). Entretanto, ao se tratar de pacientes deprimidos, torna-se desafiador a formação do grupo. Visto que, em sua maioria, não expressam a vontade (volição) de estarem com outras pessoas, tendendo ao isolamento e recuo em seus leitos. No entanto, a estimulação da participação social constitui um dos principais objetivos a serem desenvolvidos com pacientes em ideação suicida.

Assim, de acordo com Barbosa (1998), a experiência grupal propicia um espaço para identificações na medida que percebem o outro passando pela mesma situação ou que já tenha vivenciado situações semelhantes, assim como uma “caixa de ressonância” (Costa, Almeida & Assis, 2015). Por meio das trocas em grupo, pode-se aprender novas formas de enfrentamento ou de escape ainda não experimentadas. Além disso, o grupo terapêutico estimula a convivência e a afetividade, visto que essas pessoas estão em internamento (dormindo, acordando, realizando as refeições e compartilhando momentos alegres e tristes juntas). Logo, vínculos são formados e fortalecidos mediante as interações, criando um espaço potencializador e facilitador de processos emancipatórios (Barbosa, 1998; Costa, Almeida & Assis, 2015).

### **“Quando foi a última vez que você fez algo pela primeira vez?” - Uma Prática Centrada no Cliente**

Esta frase colocada em destaque acima, faz-se presente desenhada na parede da sala da Terapia Ocupacional na enfermaria, chamando a atenção da maioria dos pacientes que adentram ao ambiente. A literatura descreve que, a “sala da T.O” como é referida pelos pacientes, deve propiciar momentos de reflexão, criação e recriação do eu e dos significados da vida. Sendo um ambiente transitório, mas acolhedor e promotor enquanto o sujeito estiver nela. Um espaço pronto para receber e extremamente empenhado para fazer partir, “para que o passageiro possa fazer na sua passagem um lugar seu e onde possa observar o ângulo que busca para fincar sua base” (Benetton, 1994; p.80).

Tratando-se de pacientes com quadros depressivos, é plausível salientar que, em alguns momentos recusaram se dirigir a sala e realizar as atividades propostas, no entanto, eles sempre sabiam os horários das atividades e qual seria o local de referência que poderiam buscar.

A prática centrada no cliente aplicada na enfermaria parte do querer do paciente, daquilo que é significativo para ele (Sumsion, 2003). No entanto, quando este querer não quer nada, é preciso que alguém queira por ele e junto com ele consiga ressignificar este querer. Essa é a relação construída para a reabilitação psicossocial do sujeito com ideação suicida. Na prática, durante a pesquisa, foi preciso ressignificar dia após dia, todos os dias, passo a passo. Através da contratualidade

desenvolvida com o vínculo terapêutico, algumas atividades por vezes são exigidas quando se sabe que o paciente precisa de estímulo maior como: "faz parte do tratamento", "Vamos tentar, eu ajudo" ou "Quando foi a última vez que você fez algo pela primeira vez?". Estimulando assim, pela disciplina, o estabelecimento de uma rotina de cuidados e primeiras vezes.

## 5. CONCLUSÃO

O processo de intervenção da Terapia Ocupacional com pacientes em risco de suicídio hospitalizados envolveu anamneses, avaliações, diagnósticos, estratégias terapêuticas e reavaliações. Para isso, o vínculo terapêutico foi essencial, visto que o paciente precisa confiar no terapeuta para revelar suas queixas e o terapeuta precisa conhecer o paciente para embasar suas ações. Dessa forma, o acolhimento, o ambiente e a adaptação das atividades promoveram um espaço de descobertas e redescobertas que permitiram o florescimento dos sujeitos.

A utilização da Escala EOITO favoreceu a avaliação do potencial dos sujeitos, antes e depois das intervenções, e seus resultados evidenciaram que as intervenções realizadas corroboraram no progresso clínico dos participantes.

Ao longo das intervenções da Terapia Ocupacional foi possível observar que os pacientes deixaram de ocupar a classificação de risco iminente à vida e conseguiram restaurar a autoestima positiva, revelando a potência das atividades realizadas pela Terapia Ocupacional para a ressignificação do eu, demonstrando que a participação social, o lazer e a gestão da saúde são ocupações primordiais neste processo.

Sendo assim destacamos que, a Terapia Ocupacional no trabalho com pessoas em risco de suicídio consegue, através das suas ações baseadas na ciência, evidenciar as potencialidades do ser e fazer com que o mesmo volte a acreditar em si mesmo. Ao ponto que estes consigam cantar novamente: "Hoje, eu acordei o sol".

Por fim, enfatiza-se que o presente estudo apresenta limitações devido a quantidade amostral, instigando demais autores a aprofundarem a temática em futuras pesquisas.

## REFERÊNCIAS

Associação Internacional para Prevenção do Suicídio (IASP). (2022). Dia Mundial de Prevenção ao Suicídio de 2021. Organização de caridade sem fins lucrativos 501 (c)(3) reconhecida pelo IRS - Status EIN 20-4701041. <https://www.iasp.info/wspd2021/>

Barbosa, A. D. (1998). Relato de um trabalho de terapia ocupacional realizado no ambulatório do projeto esquizofrenia do IPQ do Hospital das Clínicas da FMUSP. *Revista do CETO*, 3(3), 16-20. <https://ceto.pro.br/wp-content/uploads/2021/03/1998-revista-do-CETO-ano-3.pdf>

Benetton, M. J. (1994). A Terapia Ocupacional como instrumento nas ações de saúde mental [Tese de Doutorado, Universidade Estadual de Campinas]. <https://doi.org/10.47749/T/UNICAMP.1994.82083>

Buchain, P. C. et al. (2003). Estudo aleatorizado e controlado empregando a terapia ocupacional em pacientes com esquizofrenia refratária a tratamento antipsicótico [Randomized controlled trial of occupational therapy in patients with treatment-resistant schizophrenia]. *Braz. J. Psychiatry*, 25(1), 26-30. <https://doi.org/10.1590/S1516-44462003000100006>

Cudo & Corrêa, (2023). *Terapia Ocupacional no Contexto Hospitalar e nas situações de Perda e Luto*, cap. 83; (798 - 807). Cavalcanti, A. & Galvão, C. *Terapia Ocupacional - Fundamentação & Prática* (2023); 2 ed; Guanabara Koogan.

Conselho Federal de Medicina - CFM e Associação Brasileira de Psiquiatria - ABP. (2014). Suicídio: Informando para Prevenir. Por sugestão da Comissão de Ações Sociais (CAS) do Conselho Federal de Medicina (CFM), essa silenciosa epidemia tornou-se uma das prioridades da Câmara Técnica de Psiquiatria da entidade que, com o apoio da Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP), lança esta cartilha, intitulada "Suicídio: informando para prevenir". Conselho Federal de Medicina (CFM) Brasília, 2014. <https://www.ufpb.br/cras/contents/documentos/cartilha-sobre-suicidio.pdf>

Costa, L. A., Almeida, S. C. & Assis, M. G. (2015). Reflexões epistêmicas sobre a Terapia Ocupacional no campo da Saúde Mental [Epistemic reflections on Occupational Therapy in Mental Health]. *Cadernos Brasileiros De Terapia Ocupacional*, 23(1), 189-196. <https://doi.org/10.4322/0104-4931.ctoARL432>

De Freitas, L. & Vieira, C. M. (2021). Atendimento em enfermagem psiquiátrica: concepções dos profissionais de saúde. *Fractal: Revista de Psicologia*, 33(2), 72-83. <https://doi.org/10.22409/1984-0292/v33i2/5826>

De Oliveira, J. W. T et al. (2020). Características das tentativas de suicídio atendidas pelo serviço de emergência pré-hospitalar: um estudo epidemiológico de corte transversal. *J Bras Psiquiatr*, 69(4), 239-246. <https://doi.org/10.1590/0047-2085000000289>

- Difante, D. S. (2019). O Suicídio como grave problema de Saúde Pública: uma visão sob a ótica dos Direitos Humanos e a nova Política Nacional de Prevenção. In Anais do 5º Congresso Internacional de Direito e Contemporaneidade: mídias e direitos da sociedade em rede (1-18). Santa Maria: UFSM.
- Ferreira, K. G. & Gonçalves, M. V. (2018). A perspectiva dos estudantes sobre a abordagem do suicídio na formação em Terapia Ocupacional. *Cad. Bras. Ter. Ocup.*, São Carlos, 26(4), 883-891. <https://doi.org/10.4322/2526-8910.ctoAO1610>
- Gil, A.C. (2022). *Como elaborar projetos de pesquisa* (7ª ed.). São Paulo, SP: Atlas.
- Gomes, D., Teixeira, L., & Ribeiro, J. (2021). Enquadramento da Prática da Terapia Ocupacional: Domínio & Processo [Versão Portuguesa de Occupational Therapy Practice Framework: Domain and Process]. (4th ed.). <https://doi.org/10.25766/671r-0c18>
- Lima, R. D et al. (2022). Práticas colaborativas em saúde envolvendo o terapeuta ocupacional residente em uma enfermaria de clínica médica. *Rev Ter Ocup Univ São Paulo*, 32(1-3), 1-10. <https://doi.org/10.11606/issn.2238-6149.v32i1-3e204824>
- Ministério da Saúde - MS. (2021). Boletim Epidemiológico da Secretaria da Vigilância em Saúde, de 17 de setembro de 2021. Relata a Mortalidade por suicídio e notificações de lesões autoprovocadas no Brasil. Ministério da Saúde, Brasília.
- Ministério da Saúde - MS. (2011). Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Ministério da Saúde, Brasília.
- Moura, E. H et al. (2022). Atendimento pré-hospitalar às tentativas de suicídio: um estudo transversal. *J Bras Psiquiatr*, 71(1), 92-99. <https://doi.org/10.1590/0047-2085000000358>
- Oliveira, A. S. (1995). Adequação e Estudo de Validade e Fidedignidade da Escala de Observação Interativa de Pacientes Psiquiátricos Internados Aplicada às Situações de Terapia Ocupacional [Dissertação de Mestrado, Universidade de São Paulo]. <https://doi.org/10.11606/D.17.1995.tde-31082022-094429>
- Organização Mundial da Saúde - OMS [World Health Organization]. (2021). *Suicide worldwide in 2019: global health estimates* [Suicídio no mundo em 2019: estimativas de saúde global]. ISBN 978-92-4-002664-3 (electronic version).
- Penso, M. A. & De Sena, D. P. A. (2020). A desesperança do jovem e o suicídio como solução. *Revista Sociedade & Estado*, 35(1), 61-81. <https://doi.org/10.1590/s0102-6992-202035010004>

Pereira, A. S et al. (2018). Fatores de risco e proteção para tentativa de suicídio na adultez emergente. *Ciência & saúde coletiva*, 23(11), 3767-3777. <https://doi.org/10.1590/1413-812320182311.29112016>

Queiroz, A. G., & Morrison, R. (2023). Construção coletiva do entendimento de lazer na saúde mental territorial por terapeutas ocupacionais: um estudo qualitativo. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*, 31, 1-20. <https://doi.org/10.1590/2526-8910.ctoAO265035461>

Ramos, K.A. et al. (2019). Prevalência de suicídio e tentativa de suicídio no Brasil. *Revista Eletrônica Acervo Saúde / Electronic Journal Collection Health*, Vol.Sup.32| e1244, 1-7. <https://doi.org/10.25248/reas.e1244.2019>

Raposo, J. V et al. (2016). Níveis de ideação suicida em jovens adultos. *Estudos de Psicologia I*, 33(2), 345-354. <https://doi.org/10.1590/1982-02752016000200016>

Silva, J. V. S. & Motta, H. L. (2017). Comportamento suicida: uma revisão integrativa da literatura. *Educação, Psicologia & Interfaces*, 1(2), 51-67. <https://doi.org/10.37444/issn-2594-5343.v1i2.25>

Sumsion, T. (2003). *Prática Baseada no Cliente na Terapia Ocupacional: guia para implementação*. Roca.

Federação Mundial de Terapeutas Ocupacionais (WFOT). (mar 2019). *Occupational Therapy and Community Centred Practice*. Recuperado de <https://wfot.org/resources/occupational-therapy-and-community-centred-practice>

**ANEXO - Escala de Observação Interativa em Terapia Ocupacional****NOME: IDADE:****DATA DA AVALIAÇÃO:****Escala de observação interativa de Terapia Ocupacional**

Cuidado pessoal <input type="checkbox"/> Não Avaliado	<input type="checkbox"/> Espontaneamente <input type="checkbox"/> Só quando solicitado cuida de si <input type="checkbox"/> Nega-se a cuidar de si	
Execução das atividades <input type="checkbox"/> Não Avaliado	<input type="checkbox"/> Espontaneamente <input type="checkbox"/> Só quando estimulado <input type="checkbox"/> Não executa mesmo estimulado	
Mostrar interesse <input type="checkbox"/> Não Avaliado	<input type="checkbox"/> Espontaneamente <input type="checkbox"/> Só quando estimulado <input type="checkbox"/> Não mostra interesse, mesmo estimulado	
Comunicação verbal <input type="checkbox"/> Não Avaliado	<input type="checkbox"/> Espontaneamente <input type="checkbox"/> Só quando estimulado, responde verbalmente <input type="checkbox"/> Não responde verbalmente, mesmo estimulado	
Interação social <input type="checkbox"/> Não Avaliado	<input type="checkbox"/> Espontaneamente <input type="checkbox"/> Só quando estimulado <input type="checkbox"/> Não interage, mesmo quando estimulado	
Referência a fatos irreais <input type="checkbox"/> Não Avaliado	<input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Comunicação sugestiva, porém aceita confrontação <input type="checkbox"/> Comunicação sugestiva, não aceita confrontação	
Alucinação <input type="checkbox"/> Não Avaliado	<input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Comunicação sugestiva, porém aceita confrontação <input type="checkbox"/> Comunicação e comportamentos sugestivos de alucinação	
Orientação <input type="checkbox"/> Não Avaliado	<input type="checkbox"/> Permanece orientado <input type="checkbox"/> Oscila quanto à orientação <input type="checkbox"/> Desorientado	
Psicomotricidade aumentada <input type="checkbox"/> Não Avaliado	<input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Ocasionalmente inquieto <input type="checkbox"/> Agitação psicomotora	
Linguagem acelerada <input type="checkbox"/> Não Avaliado	<input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Presente, porém ouve o interlocutor <input type="checkbox"/> Presente, não consegue ouvir o interlocutor	
Irritabilidade <input type="checkbox"/> Não Avaliado	<input type="checkbox"/> Ausente ou proporcional <input type="checkbox"/> Desproporcional com motivo <input type="checkbox"/> Presente sem motivo	
Aceitação de limites <input type="checkbox"/> Não Avaliado	<input type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> Aceita com dificuldade <input type="checkbox"/> Não aceita	

Expressão de autoestima <input type="checkbox"/> Não Avaliado	<input type="checkbox"/> Positiva <input type="checkbox"/> Negativa <input type="checkbox"/> Negativa com ideia suicida	
Comportamento inabitual <input type="checkbox"/> Não Avaliado	<input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Presente, mas é interrompido com interação <input type="checkbox"/> Presente, e não é interrompido com interação	
	<b>ESCORE TOTAL</b>	
<b>OBSERVAÇÃO</b>		