

Reflexões sobre a prática de terapia ocupacional em oncologia na cidade de São Carlos

Reflections about oncology intervention of occupational therapy in São Carlos city

Adriana S. de Oliveira

Terapeuta Ocupacional, USP/Ribeirão Preto

Amanda Aparecida Silva

Terapeuta Ocupacional

Isis de Albuquerque

Terapeuta Ocupacional

Lucy T. Akashi

Terapeuta Ocupacional, Departamento de Terapia Ocupacional da UFSCar

RESUMO

O presente trabalho é resultado do projeto de extensão Intervenção de Terapia Ocupacional em Oncologia da Universidade Federal de São Carlos. O objetivo deste é relatar as reflexões e experiências do tratamento de terapia ocupacional em oncologia que considerou os aspectos biológicos, psicológicos, sociais e culturais dos pacientes atendidos (abordagem bio-psico-sócio-cultural). Concluiu-se que há necessidade de uma maior capacitação técnica específica e suporte emocional para o profissional atuar nesta área, diminuindo a visão compartimentalizada do paciente, a fim de maximizar os benefícios do tratamento. Percebeu-se, ainda que a burocracia, a dinâmica institucional e os diferentes entendimentos da abordagem bio-psico-sócio-cultural dificultaram a aplicação desta, coexistindo com o modelo vigente.

Palavras-chave: terapia ocupacional, paciente oncológico, atividade, abordagem bio-psico-sócio-cultural.

ABSTRACT

The present work is the result of a community project called Intervention of Occupational Therapy in Oncology, developed by the Federal University of São Carlos. It aims to report the reflections and experience of occupational therapy treatment in oncology considering biological, psychological, social and cultural aspects of the patients cared for (bio-psycho-social-cultural approach). It also calls the attention to the need of further specific technical training and emotional support for the professionals who intend to work in this area in order to reduce the compartmentalized and standardized vision that professionals have of the patient, so as to maximize the benefits of the treatment. It has also been noticed that bureaucracy, the dynamics of the institution and the different interpretations of the approach hindered its effect when coexisting with the current model.

Keywords: occupational therapy, patient with cancer, activity, bio-psycho-social-cultural approach.

INTRODUÇÃO

Diante de situações de enfermidade e por mais real e notório que sejam os avanços da medicina e dos recursos medicamentosos, o simples diagnóstico de doenças que sabidamente ceifaram inúmeras vidas noutros períodos da história, faz com que o imaginário transforme esse paciente num simples refém do destino, abandonado à própria sorte diante de uma “doença letal”. Ainda que se argumente sobre os números de cura, restabelecimento e até mesmo da total ausência de seqüelas diante de um tratamento bem conduzido, a realidade não tem como enfrentar a criação fantasiosa do imaginário que não apenas despreza os dados reais, como muitas vezes cria situações sequer tangíveis pela razão. O diagnóstico de câncer transcende o processo patológico - suas manifestações, decorrências, efeitos medicamentosos, etc - para encontrar arcabouço emocional no dimensionamento criado pelo paciente sobre as implicações da doença^{1,2}.

O câncer é uma das doenças mais temidas por seu grau de agressão e porque o tratamento utilizado para combatê-lo é também agressivo. Conseqüentemente, a pessoa acometida por esse mal sofre de um alto nível de desequilíbrio e estresse, produzido tanto pelo impacto emocional ao enfrentar o pensamento acerca de seu futuro (pois para muitos o câncer é igual à morte), quanto pela enorme quantidade de exames, consultas médicas, internações, cirurgias, quimio e radioterapias etc, que acarreta mudanças significativas no desenvolvimento normal da vida cotidiana.

O diagnóstico de câncer provoca sentimentos e representações mentais que são comuns às pessoas com câncer: o sentimento de devastação, de perda da própria imagem corporal e descontrole de seu próprio corpo, a troca de processos fisiológicos, a aparição de cicatrizes, perdas na autonomia de atividade de vida diária (AVD), percepção da finitude da vida e alterações de suas funções pessoais em todos os níveis - sexual, marital, de trabalho, econômico, e social - dando lugar a produção de grandes conflitos que necessitam ser resolvidos.

“O estigma do câncer, portanto, está relacionado a sofrimento, sentença de morte, dor, mutilação, deformação, desfiguração, apreensão com a auto-imagem e perda de peso que comunica ao mundo a realidade da doença, abandono, contágio, perda da estima, perda do atrativo sexual, medo da morte, perda da capacidade produtiva” (CAMON, NICOLETTI, CHIATTONE, 1996, p. 105)¹. Conseqüentemente, “o paciente com câncer adoecer como um todo, como uma unidade vital somato-psicológica, apresentando muito mais do que uma doença orgânica com sua sintomatologia, pois junto a ela estão a consciência e os sentimentos frente à enfermidade, com as repercussões próprias e pessoais na maneira de viver, de adaptar-se ao stress vital e delinear seu

próprio destino” (CAMON, NICOLETTI, CHIATTONE, 1996, p.79)¹.

“O processo de adoecer na quase totalidade dos casos traz em seu bojo uma configuração de total falta de sentido para o próprio significado existencial do paciente. É como se tudo que fosse preconcebido anteriormente desmoronasse e perdesse a configuração com o real pela possibilidade do adoecer e das implicações de sua ocorrência” (CAMON, NICOLETTI, CHIATTONE, 1996, p.182)¹.

Ademais, em geral, as pessoas com doenças crônicas são reconhecidas somente como um doente, além de acreditar que tal como seus órgãos afetados são incapazes e necessitam de cuidados excessivos, que na maior parte das vezes, os exclui de papéis sociais, da gerência de sua existência e da realização de seus desejos e aspirações. (OLIVEIRA, 2000, p. 13)³.

“Raimbut propõe diferentes momentos implicados na integração psíquica de uma doença crônica. Na fase aguda, segundo a autora, os problemas psíquicos parecem ficar relegados a um segundo plano. Há uma mobilização de toda a família, bem como do próprio doente, na luta contra o mal físico, na luta contra a doença. Quando o diagnóstico é realizado e posta a situação de cronicidade (segundo momento), a reação geral é um sentimento de caos, de impotência. A família sente-se confusa, conturbada. Um terceiro momento surge. Esse é marcado por reações de defesa e até mesmo de negação no que concerne à gravidade da doença e à sua irreversibilidade. Enfim, quanto à invalidez, seja ela mínima ou grave, é admitida, pode sobrevir uma depressão, apoiada simultaneamente numa agressividade intensa ou em reação de luto”. (OLIVEIRA, 2000, p.14)³.

Assim, “As perdas sentidas como definitivas, impostas como conseqüência da doença, são traduzidas por uma privação ao nível do funcionamento e do prazer corporal. Na grande maioria das vezes essas perdas são equivalentes à perda de um objeto de amor e acarretam as mesmas reações de luto. A vida gira agora em função da doença, o mundo torna-se vazio, desinteressante e pobre. Surge um desânimo profundo, uma perda de interesse pelo mundo externo, uma inibição de toda e qualquer atividade. Em muitas situações, ocorre ainda uma perda de auto-estima, seguida de uma série de outras perdas em nome de um tratamento. Então, não lhe resta outra possibilidade - tem que ser paciente”. (OLIVEIRA, 2000, p.15)³.

Portanto, reconstruir a pessoa de quem tem uma larga e agressiva doença é ressignificar o seu “corpo-alma” que, frente a tanto medo, agressões e mutilações se tem sedimentado.

Entendendo a pessoa com câncer da maneira descrita acima, efetivamos um projeto de extensão “Intervenção de Terapia Ocupacional em Oncologia” da Universidade Federal de São Carlos, no ano de 2001.

A intervenção, neste projeto, junto a portadores de câncer partiu de um entendimento de terapia ocupacional que considera os aspectos biológicos, psicológicos, sociais e culturais de cada indivíduo, pois acreditamos que estes aspectos podem influenciar o surgimento e manutenção da doença, restabelecimento e manutenção da saúde.

O objetivo deste projeto era proporcionar aos alunos do curso de Terapia Ocupacional da UFSCar uma experiência em um novo campo de atuação e à clientela atendida a experiência de um tratamento de terapia ocupacional em oncologia que pudesse considerar, para além dos processos clínicos, todos os aspectos de sua vida. Dessa forma, o plano de tratamento foi baseado nas necessidades e desejos do paciente, utilizando para isto, atividades que fizessem parte de seu cotidiano, que considerassem sua forma de viver em sua comunidade, sua cultura e conhecimento, os aspectos emocionais e sócio interacionais envolvidos no processo de adoecer e as crenças e valores atribuídos a esse processo, tanto pelo paciente quanto por seus amigos e familiares.

METODOLOGIA

Inicialmente foi realizado um estudo bibliográfico nas bases de dados Lilacs e Medline e nas revistas de Terapia Ocupacional do acervo da biblioteca da UFSCar (como cadernos de Terapia Ocupacional UFSCar, Revista de Terapia Ocupacional da USP, American Journal of Occupational Therapy, etc), onde notamos escassez de publicações e de trabalhos científicos na área de terapia ocupacional em oncologia.

Paralelas a isso foram contactadas as instituições “Liga Feminina de Combate ao Câncer” e “Ambulatório Oncológico de São Carlos”, médicos e psicólogos que poderiam estar atendendo esta clientela, com o objetivo de evidenciar a demanda de pacientes oncológicos da cidade de São Carlos que poderiam receber atendimento de terapia ocupacional. Encontramos grande dificuldade e quase não foi possível determinar esta demanda, considerando que os profissionais e as instituições contactadas não disponibilizaram estes dados.

Foram encaminhados pela terapeuta ocupacional do “Ambulatório Oncológico de São Carlos”, pela terapeuta ocupacional do Abrigo de Idosos “Dona Helena Dornfeld” e pela Clínica Escola do Curso de Terapia Ocupacional da UFSCar um total de sete pacientes, sendo cinco mulheres e duas crianças, atendidos individualmente tanto no referido “Ambulatório Oncológico de São Carlos” como no Abrigo de Idosos “Dona Helena Dornfeld” e em domicílio.

TERAPIA OCUPACIONAL EM ONCOLOGIA

Partindo do princípio de que é no interjogo entre corpo, afeto e linguagem que o sentido emerge, nossa proposta de intervenção de terapia ocupacional em oncologia pro-

pôs criar situações onde fosse possível significar o fazer cotidiano e minimizar os possíveis desajustes. Buscamos oferecer a possibilidade de fazer contato consigo mesmo, de expressar sentimentos que permitissem descobrir mais sobre si mesmo, seus limites e possibilidades.

Oferecemos ainda a oportunidade de adquirir maior consciência de si mesmo e de descobrir novos interesses e valores especialmente nestes momentos em que o eu está drasticamente fragmentado pelo processo da doença. Para isto entendemos que a ação humana apresenta várias formas de expressão. E que qualquer ato da vida seja corporal, artesanal, intelectual, espiritual podem ser experimentados em um contexto de exploração, onde provar, improvisar e investigar permite descobrir livremente aspectos do mundo material simbólico.

Nossa proposta observou a relação com o fazer, a maneira de pedir ou oferecer, de estar com os outros, de interagir, de manipular ferramentas, de contatar com materiais e de expressar as emoções, no sentido de caminhar das formas concretas para as formas abstratas das experiências.

O plano de intervenção sempre foi traçado baseado em duas questões: Quem é o paciente? Onde considerávamos papéis relativos à idade, à cultura do local onde vive esta pessoa, papéis desempenhados, suas expectativas e suas relações interpessoais. E como segunda questão primordial: Qual era nosso objetivo e o objetivo do paciente?

APRESENTAÇÃO DA CLIENTELA DE NOSSA EXPERIÊNCIA

A faixa etária da clientela atendida foi de 4 a 83 anos. Os diagnósticos foram variados, envolvendo câncer de mama, câncer colo-retal e câncer encefálico.

Pode-se considerar que os pacientes atendidos estavam em diferentes fases da doença. Alguns com câncer (doença em progressão), outros em tratamento oncológico (combate à doença com quimio ou radioterapia) e ainda, aqueles fora de tratamento (alta, porém com sequelas do tratamento ou do tumor).

O plano de tratamento e os objetivos dos atendimentos eram baseados no diagnóstico e nas necessidades de cada paciente, como dito anteriormente, caracterizando quem é esse sujeito. De forma geral, trabalhamos o aumento da auto-estima, o retorno das funções sociais (como lazer e trabalho), o retorno das funções físicas (como movimentação das partes afetadas pela doença, prevenção e estabilização de rigidez músculo-articular, drenagem linfática, controle de tronco, coordenação e posicionamento), o treino de atividades de vida diária, a sensibilização corporal, a aceitação e percepção corporal, o fortalecimento do potencial remanescente desses indivíduos e seu poder criativo para lidar com a situação atual e proporcionar momentos

lúdicos às crianças, contemplado sempre os aspectos bio-psico-sócio-cultural.

Assim, o plano de tratamento visou atender as necessidades globais de cada paciente e possibilitar reflexões junto a ele, para detectar e proporcionar possíveis mudanças nos diferentes aspectos de sua vida.

REFLEXÕES A PARTIR DE NOSSA EXPERIÊNCIA

Para ilustrar nossa intervenção, descreveremos alguns fragmentos dos atendimentos a esses pacientes, onde a escolha deve-se a situações que nos levaram a refletir, mais profundamente, sobre a gravidade do processo patológico, a desorganização familiar devido à doença, como lidar com a morte iminente do paciente e como lidar com um paciente com graves seqüelas físicas e emocionais. Foi a partir destes questionamentos e angústias que iniciamos nosso aprendizado sobre como intervir, avaliar e que aspectos considerar ao observar pacientes oncológicos.

Assim, o primeiro paciente que nos provocou inquietações foi uma criança de quatro anos, com câncer encefálico, em fase de doença, localizado próximo ao cerebelo. Apresentava ataxia, traqueotomia que o impossibilitava de falar, dificuldade de controle de tronco e de coordenação motora. Através de observação percebeu-se que a criança provocava crises de apnéia toda vez que queria ser liberada das atividades e tarefas que não queria realizar. Este fato levou-nos a refletir sobre o postulado da psicanálise em que é o desamparo inicial do bebê que determina a angústia, primeiro como fenômeno automático e depois como sinal de perigo frente à ameaça de desamparo. Segundo este postulado é através da vivência de apaziguamento do desprazer, adquirido através de um outro cuidador, que o recém nato passará a temer o retorno da angústia e sempre que estiver por vir, o bebê fará da angústia um sinal para que lhe sejam aplacados os anseios, os quais não se encontram no plano biológico, mas num plano psíquico-afetivo. Em busca de sua autopreservação, o recém nascido dá um primeiro grande passo: provoca uma mudança de novo aparecimento automático e involuntário da angústia para a reprodução intencional da angústia como sinal de perigo. É através do mecanismo introjetivo que o bebê poderia fazer esta passagem, já que discernirá, a partir dos objetos introjetados, aquilo que lhe fará apaziguar o desprazer. Este entendimento nos levou a perceber que a maior necessidade deste paciente era ter vivências típicas de uma criança de quatro anos, como o brincar e ter contato com outras pessoas além da mãe. Era necessário, também, trabalhar a compreensão de limites e dados de realidade, ou seja, do que ele podia ou não fazer e que conseqüências tinham seus atos, adquirir comportamento adequado sem ganhos secundários, buscando, desta for-

ma, uma consciência sobre o uso das crises de apnéia, substituindo-o por uma forma mais elaborada de comunicação do desprazer, onde é possível comunicá-lo, trabalhando-se assim seus aspectos psicológicos. Através de atividades lúdicas como o boliche, brincadeiras com bola, jogos de encaixe, trabalhou-se o controle de tronco, a coordenação motora, a compreensão de limite, onde buscávamos trabalhar os aspectos físicos deste paciente, além de proporcionar vivências típicas de uma criança de quatro anos, em sua cultura e realidade, de forma a trabalhar seus aspectos culturais. Foram utilizados posicionamentos de quadril e membros inferiores para quebrar o seu padrão atáxico e facilitar uma postura mais adequada no sentar, engatinhar e andar. Atividades com fantoche foram usadas como fator motivador para a terapia. Porém notamos que a mãe aparentava estar muito ansiosa e preocupada em relação à reabilitação de seu filho, com várias interferências na sessão, impedindo-o de estar a só com a terapeuta. Esta ansiedade estava prejudicando o andamento da sessão, a reabilitação da criança e o relacionamento desta mãe com o restante da família, já que ela impunha uma relação bastante simbiótica com a criança. Por esta razão foi necessário encaminhá-la para tratamento psicológico, tornando assim, o tratamento da criança mais amplo e eficaz. Na avaliação final percebemos uma melhora na interação com a atividade, com a terapeuta e conseqüentemente com o brincar; houve uma redução das crises de apnéia e a mãe começou a respeitar o espaço terapêutico de seu filho, permitindo uma individualização de ambos.

A segunda paciente era uma criança de oito anos. Sofreu uma ressecção de câncer encefálico aos oito meses de idade e foi encaminhada para o tratamento destas seqüelas. Possuía dificuldades de fala, deficiência auditiva e visual total, não possuía controle de tronco, quando deitada permanecia em posição fetal o que contribuía para o agravamento da escoliose e à reduzida amplitude de movimento das articulações no hemitórax direito. Foi percebido que era necessário prevenir e diminuir deformidades e estimular o desenvolvimento neuropsicomotor. No decorrer dos atendimentos sentiu-se que era uma criança que teve poucas experiências táteis, proprioceptivas, sensorio-motoras e lúdicas, devido à falta de exploração do meio, já que passava a maior parte do tempo deitada sozinha em seu quarto, e que resistia ao toque, exceto da mãe. Para suprir estas necessidades, foram realizados, com a presença da mãe, estimulação sensorial, movimentação passiva, posicionamento e alongamento. Foi detectada a necessidade de vivenciar situações lúdicas e de exploração do meio. Porém a mãe e a instituição passaram a interferir nas sessões de tal forma que impediram a continuidade do tratamento. No entanto, através de nossas reflexões

concluimos que apesar da grave condição da criança, ela se beneficiaria da continuidade do tratamento, podendo iniciar uma exploração do meio. Nas últimas intervenções percebemos uma menor resistência ao toque da terapeuta e seu quadro geral manteve-se estável.

A terceira paciente possuía cinquenta e três anos. Teve um meningioma, retirou-o cirurgicamente e fez algumas sessões de radioterapia. Não apresentou recidiva do câncer, porém sofreu uma necrose cortical devido à dosagem da radioterapia. Desta forma seu quadro clínico era grave, com intercorrências clínicas do tratamento recebido e de problemas respiratórios. Sua movimentação era quase inexistente, não falava, estava acamada, com inúmeras úlceras de decúbito e apresentava labilidade emocional. Ressaltamos que era uma paciente que causava grande angústia, inquietação e preocupação na equipe, já que seu grave quadro clínico nos provocava sensação de impotência. Comunicava-se através do choro e de expressões corporais, como a recusa em olhar para a terapeuta. Portanto, o estabelecimento de vínculo foi difícil, pois a paciente chorava ao ser tocada e em alguns atendimentos estava em estado de torpor ou ignorava a presença da terapeuta. Através de relatos sobre os fatos marcantes acontecidos na semana dos atendimentos pretendia-se situar a paciente sobre o que estava acontecendo ao seu redor e iniciar o estabelecimento de vínculo. Foi utilizada a movimentação passiva baseada na técnica de Michaux para proporcionar a percepção corporal, evitar ou reduzir rigidez articular, reduzir as úlceras de decúbito e proporcionar a sensação do toque. Apesar de ter sido detectada a necessidade de abordar os seus aspectos psicológicos e sociais, o quadro clínico e a resistência apresentada pela paciente dificultaram, mas não impediram, uma intervenção mais global (bio-psico-socio-cultural). Quando ignorava a presença da terapeuta, esta respeitava o seu desejo de não ser tocada, mas permanecia em seu quarto, durante o período de atendimento, em silêncio ou contando os fatos ocorridos durante a semana. Acreditamos que a resistência apresentada pela paciente era resultado de um possível descrédito a qualquer tipo de tratamento. Na avaliação final percebemos que houve uma maior participação nos atendimentos, passando a não chorar com tanta frequência. A paciente foi hospitalizada, três vezes, durante a intervenção, devido ao seu estado clínico geral debilitado por problemas respiratórios e desidratação, sendo que cada internação teve um período aproximado de uma semana. A paciente faleceu durante a terceira internação.

A quarta paciente possuía quarenta e um anos. Sofreu ressecção do tumor colo-retal fazendo uma colostomia. Tinha dificuldade em expor verbalmente suas necessidades, porém as expressava facilmente, em suas atitudes, durante as atividades realizadas. Isto confirma o

que OLIVEIRA (2000)³ diz: “a atividade deve possibilitar a expressão do mundo interno, estabelecer uma comunicação. A expressão só tem sentido terapêutico se implica uma comunicação, e comunicação sempre inclui um outro. Enquanto o indivíduo estiver mobilizando forças para se comunicar, por meio da expressão não verbal, há possibilidade de encontro com o outro. A atividade está sempre denunciando algo que não pode ser dito” OLIVEIRA (2000, p. 97)³. Percebeu-se, durante os atendimentos, que ela estava com baixa auto-estima, tinha dificuldade em aceitar as mudanças ocorridas no corpo devido à doença, dificuldade de relacionamento sexual, evitava a vida social, sentia-se constantemente doente, apesar de não estar mais com o câncer, procurando constantemente o médico. Para atender estes objetivos foi utilizada atividade expressiva, como a modelagem em argila, relaxamento, planejamento da rotina e atividades estruturadas. Na avaliação final percebemos que ela permaneceu com a sensação de estar constantemente doente, porém iniciou lentamente a retomada de sua vida social, aceitou discutir abertamente a sua relação com o seu corpo e suas dificuldades sexuais, passou a refletir, mesmo com resistência, sobre suas condições de vida.

Desta forma, os tratamentos foram iniciados das necessidades que cada paciente nos trouxeram. Porém o objetivo dos tratamentos foi mais abrangente que as necessidades trazidas por eles. Assim, pudemos perceber que uma atividade que proporcionava um bem estar emocional influía na melhora física e social, ou vice e versa. Portanto, em todos os atendimentos foram realizadas atividades que trabalhavam tanto os aspectos físicos, como psicológicos e também sociais, pois compreendemos que há uma relação entre o bem estar emocional, social e físico do ser humano.

Percebemos as dificuldades dos pacientes em lidarem com as mudanças que ocorreram em suas vidas em função da doença e, conseqüentemente, planejar o seu futuro, devido à constante sensação de estar doente. Isto pode ser observado no primeiro e no quarto exemplos onde o cotidiano destes pacientes era basicamente restrito à doença e aos tratamentos. Devido a estas atitudes, eram pessoas que não vivenciavam e, em vários momentos, se recusavam a tentar introduzir em sua rotina atividades típicas a estas faixas etárias, como o brincar com crianças da mesma idade, ir à escola, trabalho, sair com amigos.

Outra característica do paciente oncológico é o questionamento da eficácia e validade de qualquer tipo de tratamento. Este questionamento geralmente permanece durante todo o período de doença e tratamento, pois o doente de câncer, a cada término de um ciclo de quimio ou radioterapia, a cada resultado de exame e a cada sessão de atendimento de reabilitação, como é a

terapia ocupacional. vivencia uma luta interna entre a esperança, a cura e a vida, e o medo do fracasso de todo o esforço, ou seja, a morte.

Portanto, foi fundamental preparar o plano de intervenção através do questionamento de quem é este paciente, o que ele busca e espera desta intervenção, o que e como podemos oferecer isto a ele.

Através deste procedimento, para garantir a adesão do paciente ao tratamento e estabelecer vínculo, iniciamos a intervenção em uma necessidade pontual trazida por ele, como dificuldade de coordenação motora (aspecto físico), para posteriormente intervir nos outros aspectos. Como no caso da criança de quatro anos que foi utilizado o brincar para atender as suas necessidades motoras e posteriormente a noção de limites.

Outra queixa relatada por alguns pacientes foi a dificuldade em realizar as AVDs. Iniciar o tratamento pelo treino de AVDs, em geral, proporciona um retorno positivo, pois o paciente percebe-se mais independente nestas atividades e, conseqüentemente passa a acreditar mais no tratamento, permitindo-se discutir outras necessidades.

Notamos que a terapia ocupacional possibilitou, através de atividades lúdicas, expressivas, de autocuidado e físicas, uma reflexão e revisão de suas atitudes acerca de suas prioridades e possibilidades diante da nova situação, a percepção do corpo, os preconceitos sociais e pessoais relacionados à doença, relações familiares e sociais, prazeres, desejos, relação saúde doença, reinserção no trabalho, além de evitar agravamento das seqüelas.

CONCLUSÃO

O desconhecimento acerca da terapia ocupacional e da eficácia de seu tratamento, além da burocracia nos serviços de saúde pública contatados e o modelo de atuação determinado pela dinâmica institucional destes serviços dificultaram o início do nosso trabalho com a clientela.

Notamos que os pacientes encaminhados eram, na sua maioria, pessoas em estado clínico, cujas equipes responsáveis por seus tratamentos já haviam esgotado todas as suas possibilidades de intervenção, desacreditando em uma significativa melhora. Percebemos que a abordagem por nós adotada permitiu aprofundar e descobrir novas maneiras de atingir os objetivos do tratamento, explorando os recursos próprios do paciente de forma a tornar sua participação ativa no tratamento, como por exemplo, a possibilidade do uso de recursos como a modelagem em argila, a fim de obter o relaxamento, que antes era conseguido com massagens. Percebemos que a atividade como forma terapêutica possui um valor lúdico, pedagógico, comunicativo. Além disto, a atividade abre possibilidades para o paciente,

pois trabalha os aspectos subjetivos, abstratos do indivíduo através do concreto.

Portanto, a experiência obtida neste trabalho trouxe benefícios não só aos pacientes como ao nosso crescimento profissional, pois pudemos vivenciar um novo campo de atuação.

Através desta vivência, percebemos que é fundamental um suporte técnico específico e emocional ao terapeuta ocupacional que atua em oncologia.

O profissional que cuida do doente com câncer também precisa questionar-se com o intuito de manter frente ao doente e ao tratamento, uma postura que considere as reais possibilidades terapêuticas do doente, respeitando sua dignidade e seus desejos. Portanto, salientamos novamente a importância de responder as questões de quem é o paciente e como podemos atingir os objetivos do tratamento.

Além de vivenciar um novo campo de atuação, tivemos a oportunidade de refletir sobre o atendimento da terapia ocupacional em oncologia, não se restringindo a vivência em São Carlos. Questionamo-nos sobre a dificuldade de encontrar locais de atendimento que utilizem a abordagem bio-psico-sócio-cultural e a resistência em permitir a experiência deste tipo de abordagem, não com o intuito de substituí-la, mas de proporcionar outras opções de tratamento ao paciente. Este questionamento é devido ao conflito entre a base teórica, geralmente oferecida na formação acadêmica, na qual é defendida que a melhor maneira de tratar o paciente é considerando integralmente todos os aspectos de sua vida, desconsiderando que a maior parte das intervenções é compartimentalizada, enfocando apenas os aspectos clínicos da doença, como o que observamos na prática de alguns locais de atendimento. Constatamos que os terapeutas ocupacionais relatam que a abordagem utilizada com seus pacientes é a bio-psico-social, mas percebemos que existem diferentes aplicações desta, o que nos faz questionar como os profissionais a entendem.

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

1- CAMON, V. A. A, NICOLETTI, E. A, CHIATTONE, H. B. C. *O doente, a psicologia e o hospital*. Pioneira, 1996.

2- CAMON, V. A. A et al. *E a psicologia entrou no hospital*. Pioneira, 1996.

3- OLIVEIRA, A. S.. *Crenças e afetos relacionados a algumas condições para qualidade de vida e insuficiência renal crônica*. Tese (Doutorado em Saúde Mental)- Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2000.