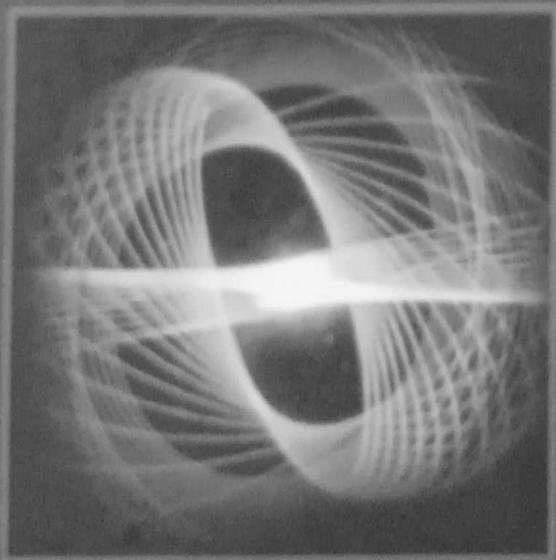


# Terapia Ocupacional Práticas em Oncologia

Organizadora  
**Marilia Bense Othero**



**ROCA**

# CAPÍTULO 4

## Terapia Ocupacional em Oncologia

Marilia Bense Othero

Rosibeth Del Carmen Muñoz Palm

**E**ste capítulo apresenta inicialmente algumas considerações gerais sobre o câncer, abordando o processo de adoecimento e integralidade dos cuidados. Depois, destaca os referenciais teóricos da Terapia Ocupacional em Oncologia, enfocando a especificidade deste campo no que se refere aos aspectos teóricos e práticos da profissão, além das possibilidades de intervenção em diferentes contextos e os recursos terapêuticos utilizados, sem a pretensão de esgotar o tema.

### ALGUMAS CONSIDERAÇÕES GERAIS SOBRE O CÂNCER

O Instituto Nacional do Câncer (INCA) define câncer como o nome dado a um conjunto de mais de 100 doenças que têm em comum o crescimento desordenado (*maligno*) de células que invadem os tecidos e órgãos, podendo espalhar-se (metástase) para outras regiões do corpo<sup>1</sup>. Dividindo-se rapidamente, estas células tendem a ser muito agressivas e incontroláveis,

978-85-7241-879-9

determinando a formação de tumores (acúmulo de células cancerosas) ou *neoplasias malignas*. Por outro lado, um *tumor benigno* significa simplesmente uma massa localizada de células que se multiplica vagarosamente e se assemelha ao seu tecido original raramente constituindo um risco à Vida.

O INCA apresenta a estimativa de incidência de câncer no Brasil em 2008, sendo de 466.730 casos novos ao ano<sup>2</sup>. Em relação às regiões, observa-se que a região sudeste apresenta uma estimativa maior do que as outras regiões do país com 242.060 casos novos; a região Sul apresenta a estimativa de 99.580 casos novos ao ano, seguida pela região Nordeste com 78.960, região Centro-oeste 28.510 e a região Norte com 17.620 casos novos ao ano, respectivamente. Os tipos mais incidentes, à exceção do câncer de pele do tipo não melanoma, seriam os câncer de próstata e de pulmão, no sexo masculino, e os câncer de mama e de colo do útero, no sexo feminino, acompanhando o mesmo perfil da magnitude observada no mundo.

A estimativa realizada pelo INCA para o biênio 2008/09 revela que ocorreriam cerca de 9.890 casos por ano, em crianças e adolescentes com até 18 anos de idade. Ainda neste estudo, destaca-se que o perfil de novos casos em crianças e adolescentes é muito parecido com o quadro mundial<sup>3</sup>.

*“Os resultados apontam que, no Brasil, as leucemias lideram o ranking, como em todo o mundo. Cerca de 25 a 35% de todos os tumores infanto-juvenis no mundo correspondem a leucemias. No Brasil, as leucemias vêm seguidas por linfomas e tumores do sistema nervoso central, como acontece na maior parte dos países em desenvolvimento. Esse perfil é invertido nos países desenvolvidos: os linfomas estão em terceiro lugar, após os tumores do sistema nervoso central”<sup>4</sup>.*

O Ministério da Saúde propõe e orienta a organização da Rede de Atenção Oncológica nos Estados. A portaria nº 2.439 prevê<sup>5</sup>:

*“Um conjunto de ações necessárias para a atenção integral ao câncer: Promoção, Prevenção, Diagnóstico, Tratamento, Reabilitação e Cuidados Paliativos, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão” (p. 1).*

De acordo com Parada *et al.*, as ações de cuidados paliativos podem e devem ser inseridas em todos os níveis, inclusive na atenção primária, e envolvem não só o apoio multidimensional (físico, espiritual, psicológico, social e afetivo) aos indivíduos e famílias que vivenciam o câncer em estágio avançado, inelegíveis para tratamento curativo ou com essa possibilidade esgotada, mas também o cuidado aos indivíduos no início da doença, por meio de orientação, encaminhamento e suporte adequado<sup>6</sup>.

Othero afirma que o câncer implica em rupturas na vida do indivíduo acometido pela doença: o tratamento passa a ocupar posição central no cotidiano, a rotina se transforma, alguns projetos precisam ser adiados<sup>7</sup>. Muitas vezes há dores e outros sintomas, decorrentes da doença e/ou do tratamento, que impossibilitam ao sujeito plena autonomia e independência na realização de suas tarefas e ocupações.

## PROCESSO DE ADOECIMENTO

*“O mais importante no acompanhamento ao paciente, quer ele possa se curar ou não, é a busca em direção à melhoria na qualidade de sua vida ou a qualidade de sua morte, num percurso compartilhado, de força e muita coragem<sup>8</sup>.”*

O impacto do processo de adoecimento precisa ser compreendido considerando as condições emocionais, socioeconômicas e culturais dos pacientes e de seus familiares, visto que é nesse contexto que emerge a doença. Ballarin assinala que a vivência da enfermidade está permeada de significados conferidos pelo próprio sujeito e pelo grupo em que se insere, o mesmo acontece em relação ao cuidado<sup>9</sup>.

Como já mencionado, o processo de adoecimento altera, muitas vezes de forma brusca e urgente, a estrutura da vida cotidiana de todos os envolvidos, seu lugar de vida e seu papel social, podendo gerar uma quebra ou ruptura do cotidiano, com sofrimento físico, emocional e sociofamiliar, levando os sujeitos a dificuldades de adaptação e de autorreconhecimento, comprometendo a qualidade e a organização das atividades necessárias para o desenvolvimento físico, mental e social saudáveis.

Ulysses de Carvalho destaca que<sup>10</sup>:

*“... o câncer pode colocar os indivíduos e seus familiares em condição de fragilidade pelo próprio diagnóstico da doença, havendo dificuldades de lidar com a doença também devido ao estigma. O câncer, ainda hoje, é considerado uma das piores doenças, extremamente temida, sempre agregando a ideia de risco eminente de morte e temor de tratamentos agressivos e mutilantes”* (p. 99).

Palm refere que o impacto do diagnóstico de câncer gera uma condição de instabilidade, fragilidade e desorganização no paciente e sua família<sup>11</sup>. O processo de adoecimento, tratamento e agravamento das condições clínicas geram situações de perdas transitórias e definitivas na vida do paciente. O impacto deste processo ocorre de forma abrupta acarretando sofrimento, desorganização da vida cotidiana, laboral e familiar.

No período da infância, estas mudanças também estão colocadas. Othero e De Carlo referem que o adoecimento e a hospitalização da criança são uma experiência traumática, promovendo um confronto com situações de dor e procedimentos invasivos, além das consequências no processo de desenvolvimento, desorganização das atividades da vida diária, lazer e atividades escolares<sup>12</sup>.

Takatori, Oshiro e Otashima corroboram referindo que<sup>13</sup>:

*“... A criança na condição de internação hospitalar vivencia a dor, além de situações que, muitas vezes, não favorecem seu desenvolvimento e do afastamento da família, a qual, por sua vez, passa por situações de incerteza, tensão, medo angústia e dor”* (p. 261).

Para Pengo e Palm, o adoecimento é uma difícil experiência na vida humana que exige do sujeito uma nova condição orgânica quanto à reorganização psicológica e de seu papel social<sup>14</sup>. O paciente com câncer se depara muitas vezes com sentimento de inutilidade e de temores que estão ligados a sua enfermidade, uma vez que a atividade é o elemento arti-

culador entre o indivíduo e sua comunidade, no processo de construção ou de reconstrução do cotidiano.

De acordo com Palm, a experiência clínica e o convívio com a clientela que apresenta este tipo de problemática têm permitido observar ainda, algumas situações relacionadas ao processo de adoecimento que evidenciam por um lado, o medo da morte indigna e prolongada com intenso sofrimento, o medo decorrente da dor intolerável, do aniquilamento, do abandono e da separação e, por outro, a profunda luta pela vida, além do aprendizado sobre si próprio e o resgate da espiritualidade e Deus<sup>11</sup>.

Othero salienta que diante de um panorama tão complexo, abranger nas intervenções em saúde apenas o aspecto físico da doença não é mais suficiente<sup>7</sup>. Para que estas vivências possam ser enfrentadas e transformadas, é preciso que o paciente e a família estejam em um ambiente acolhedor, com uma equipe de profissionais que ofereça apoio integral por meio de intervenções técnicas, acolhimento e escuta. É fundamental a intervenção de uma equipe multiprofissional que possa cuidar do paciente e de sua família, de maneira integral, devendo ser considerada, inclusive, a dimensão do fazer humano, intrinsecamente relacionada à Terapia Ocupacional.

## INTEGRALIDADE DOS CUIDADOS

*“Cuidar é mais que um ato; é uma atitude. Portanto abrange mais que um momento de atenção, zelo e de desvelo. Representa uma atitude de ocupação, preocupação, de responsabilização e de envolvimento afetivo com o outro<sup>15</sup>.”*

978-85-7241-879-9

O ato de cuidar pressupõe do cuidador uma postura ativa, que permita reconhecer o outro na sua liberdade, na sua dignidade e na sua diferença. Quando o sujeito a ser cuidado apresenta necessidades especiais, pressupõe-se ainda, a necessidade de conhecimentos técnicos e teóricos.

Ballarin entende o “ato de cuidar” a partir da compreensão da complexidade que permeia a relação estabelecida entre o

cuidador e o sujeito a ser cuidado, implica necessariamente na disponibilidade de movimentar-se constantemente, transitando, nem sempre com tranquilidade, de um espaço que é o seu mundo para o espaço que o mundo do outro, buscando compreender aquilo que é mais humano no homem e ressignificando o sentido do existir<sup>9</sup>.

Especialmente em relação aos cuidados no final da vida, Rego e Palácios referem que estes englobam um conjunto de teorias e práticas que têm por objeto central o processo de morrer<sup>16</sup>. Não deve ser uma prática restrita a especialistas, mas sim, um dos principais marcos do processo de formação da equipe de saúde.

De acordo com Ferrer e Santos, cuidar envolve um olhar complexo e dinâmico sobre os sujeitos, possibilitando uma ação integrada que inclui as diversas dimensões da experiência humana, tais como subjetiva, social, cultural, econômica e política, introduzindo nos serviços de saúde os diferentes saberes produzidos no campo do conhecimento<sup>17</sup>.

Ao definir os tipos de tecnologias no trabalho em saúde, Merhy, citado em Ballarin, refere que<sup>9</sup>:

*“... o campo da saúde não deveria ter como objeto a cura ou promoção e proteção da saúde, mas a produção do cuidado, ou seja, o campo da saúde deveria ser o lugar de produção, atos, ações, procedimentos e cuidados com os quais se chega à ‘cura’ ou a um modo qualificado de se levar a vida”* (p. 15).

Merhy, conforme demonstrado no Quadro 4.1, define como tecnologias duras aquelas ligadas a equipamentos, procedimentos e tecnologias; como leve duras aquelas decorrentes do uso de saberes bem estruturados como a Clínica e a Epidemiologia; as tecnologias leves sendo aquelas relacionais no espaço intersubjetivo do profissional de saúde e paciente<sup>18</sup>. Com base nesta concepção, o cuidado integral em saúde ocorreria a partir de uma combinação generosa e flexível de tecnologias duras, leve-duras e leves.

<b>QUADRO 4.1 – Tecnologias no trabalho em saúde</b>
<b>Tecnologia dura</b>
Equipamentos tecnológicos do tipo máquinas, normas e estruturas organizacionais
<b>Tecnologia leve-dura</b>
Saberes estruturados a partir das disciplinas, organizados e constituintes da clínica
<b>Tecnologia leve</b>
Tecnologia das relações, a produção do vínculo, o acolhimento e o encontro das subjetividades

Ou seja, a integralidade dos cuidados a ser preconizada é multifacetada, integrando ações preventivas, curativas e reabilitadoras em benefício da qualidade de vida do sujeito em sua rede de apoio.

A integralidade da atenção hospitalar pode ser compreendida, segundo Feuerwerker e Cecílio, a partir de dois ângulos: a integralidade da atenção olhada no hospital, que é a integralidade tendo como referência o atendimento no ambiente hospitalar em si, e a partir do hospital, que é a integralidade tendo como referência a articulação do hospital com os demais equipamentos de saúde<sup>19</sup>.

A concepção de integralidade remete necessariamente a integração de serviços por meio de redes assistenciais, reconhecendo a interdependência dos atores e organizações. Isto é a articulação entre os profissionais dos diversos serviços da rede de atendimento ao paciente oncológico constitui-se um elemento vital para a continuidade dos cuidados e desenvolvimento das ações.

Para Feuerwerker e Cecílio, o conceito ampliado de saúde, responsabilização, continuidade da atenção, construção multiprofissional de projetos terapêuticos, a busca pela autonomia dos usuários e de suas famílias na produção da saúde não são atributos da atenção básica<sup>19</sup>. Devem ser valores também presentes na organização do trabalho em saúde nos hospitais. Rego e Palácios referem que as ações de humanização promovidas pelo Ministério da Saúde têm ampliado as discussões

em torno do respeito ao usuário e aos trabalhadores dos serviços e, em alguns hospitais, têm atuado fomentando atenção integral ao fim de vida<sup>16</sup>.

Em relação ao trabalho dos profissionais de saúde, que deve ser realizado em equipe interdisciplinar, Queiróz destaca algumas condições relevantes para sua efetivação: ir além da técnica trabalhando de forma humana; com atitude de pluralismo, de respeito às diferenças, de tolerância; reciprocidade; mutualidade; comunicação; equidade; colaboração e compromisso<sup>20</sup>.

## ASSISTÊNCIA EM TERAPIA OCUPACIONAL

978-85-7241-879-9

*“Terapia Ocupacional é um campo de conhecimento e de intervenção em saúde, educação e a esfera social, que reúne tecnologias orientadas para a emancipação e autonomia de pessoas que, por diversas razões ligadas a problemáticas específicas (físicas, mentais, sensoriais, sociais), apresentam – temporária ou definitivamente – limitações funcionais e/ou dificuldades na inserção e participação na vida social”<sup>21</sup>.*

De acordo com Ferrari, é por meio da ação que o indivíduo explora e transforma a si e ao mundo que o cerca; cria, descobre, aprende, se relaciona, se realiza e, com isso, constrói sua própria história<sup>22</sup>. A vida é uma imensa trama de ações e fazeres, relacionada aos sujeitos, suas histórias, meio social e cultura.

Palm refere que no processo de diagnóstico e tratamento terapêutico ocupacional, o significado que a vida e a morte têm para o indivíduo, sua história, seus valores éticos, culturais, religiosos, o momento em que isto ocorre, experiências pessoais e familiares anteriores, estado emocional entre outros<sup>11</sup>. Tudo isto reflete de forma significativa na maneira como o indivíduo reage, se posiciona e se manifesta, durante esta nova situação em sua vida.

Pengo e Santos acrescentam que os seres humanos, como criaturas ocupacionais, ao deixarem de desenvolver suas ocupações não são considerados saudáveis e podem se tornar incapacitados; com isso, há resultados positivos ao haver

diminuição ou eliminação das suas incapacidades funcionais, sociais ou laborativas<sup>23</sup>.

As ações em Terapia Ocupacional baseiam-se no fazer humano, sejam elas atividades cotidianas, as artes, o trabalho, o lazer, a cultura, o autocuidado, a circulação no meio social; nas palavras de Castro *et al.*<sup>24</sup>:

*“... o lúdico, o corpo, a arte, a criação de objetos, os estudos e o conhecimento, a organização dos espaços e o cuidado com o cotidiano, os cuidados pessoais, os passeios, as viagens, as festas, as diversas formas produtivas, a vida cultural, são alguns exemplos de temas que referendam, conectam e agenciam experiências, potencializam a vida, promovem transformações, produzem valor”* (p. 46).

Para Othero, a partir das diferentes atividades, é possível reorganizar o cotidiano ampliando e enriquecendo-o, possibilitando a constituição de espaços de criação e experimentação, estabelecendo trocas (de saberes, de afetos, de histórias) e encontros; integrando o sujeito com seu meio sociocultural, com vista à perspectiva de que a qualidade de vida está diretamente relacionada à possibilidade de agir sobre o mundo e de ter projetos para o futuro (seja ele próximo ou distante)<sup>25</sup>.

Assim, o papel do terapeuta ocupacional é de fundamental importância neste contexto, a fim de criar possibilidades para que o paciente tenha condições físicas e emocionais para a manutenção, resgate e descoberta de seus projetos de vida, frente à situação em que se encontra.

Queiroz corrobora com este entendimento salientando<sup>26</sup>:

*“A proposição e a realização de atividades terapêuticas com significado e sentido direcionam a problemática enfrentada, associada aos recursos da abordagem funcional e adaptação do ambiente, auxiliam o paciente e o cuidador no enfrentamento da situação frente às perdas funcionais, cognitivas, sociais e emocionais, a fim de promover o máximo nível de independência e autonomia no desempenho ocupacional com qualidade de vida, dignidade e conforto”* (p. 67).

Em Oncologia, a assistência prestada em Terapia Ocupacional pode ocorrer desde o nível preventivo até a alta do tratamento ou a terminalidade, envolvendo: prevenção e promoção da saúde, recuperação, reabilitação, cuidados paliativos, humanização. E, portanto, engloba a população pediátrica até o idoso, e pode estar em diversos locais de atendimento: unidades básicas de saúde e centros de saúde, hospitais, ambulatórios, serviços de quimioterapia e radioterapia, domicílio, casas de apoio, entre outros.

Rombe e Palm pontuam que o terapeuta ocupacional é um profissional que atua em diferentes níveis de atenção à saúde da população: no nível primário desenvolve atividades preventivas e curativas, nas unidades básicas de saúde e unidades de saúde da família (Programa Saúde da Família – PSF) no nível secundário, atua nos ambulatórios e hospitais, e no nível terciário, desenvolvem suas atividades nos centros de reabilitação e nos hospitais, sejam estes de alta, ou média complexidade<sup>27</sup>.

Othero expõe que os hospitais são os locais de tradicional assistência em Terapia Ocupacional, nas suas diversas áreas (enfermaria, unidade de tratamento intensivo, unidade de transplante de medula óssea, unidade de quimioterapia etc.), mas também existem profissionais atuando em centros de tratamento da dor, ambulatórios de especialidades, além dos programas preventivos e no domicílio do paciente<sup>7</sup>.

É preciso considerar que esta atuação pode englobar diferentes aspectos, ora mais envolvidos com o referencial da reabilitação física, ora mais relacionados à saúde mental do paciente, ou ainda, ao impacto da hospitalização ao paciente e sua família. O programa de tratamento é definido a partir das necessidades e problemática de cada paciente sendo considerado: condições clínicas; significado que assume a doença para cada pessoa em particular; atitude do paciente diante a vida, problemática atual, condições de saúde/doença; precedentes educacionais, étnicos, religiosos e sociais; idade e sexo; variáveis psicológicas; situação familiar.

Em todas as fases da intervenção, Palm ressalta a importância de avaliações específicas em Terapia Ocupacional, englobando aspectos físicos, psicológicos e sociais, uma vez

que todos estes componentes de desempenho e áreas ocupacionais podem estar afetados. A autora descreve os aspectos a serem considerados no processo avaliativo: dados da realidade social, conceito de saúde e doença, idade e sexo, variáveis psicológicas e situação, relação familiar, condições clínicas, significados do processo de adoecimento, precedentes educacionais/étnicos/religiosos/sociais<sup>28</sup>.

Ferrer e Santos complementam<sup>17</sup>:

*“A avaliação do terapeuta ocupacional consiste em escutar o paciente, colher suas queixas e dificuldades, analisar os aspectos cognitivos, sensoriais, físicos, emocionais, sociais e espirituais relacionados às atividades de vida diária, de vida prática, de lazer, de trabalho e/ou produtividade, além da situação e da relação familiar, das condições clínicas e do significado que a doença assume para cada pessoa em particular”* (p. 164).

Palm salienta que a avaliação em Terapia Ocupacional é um processo dinâmico e crítico de coleta de dados para determinar o nível de habilidades, dificuldades e capacidade do paciente<sup>28</sup>. Para tanto, o terapeuta ocupacional utiliza-se de métodos, técnicas e recursos apropriados. A avaliação tem como propósito: conhecer as incertezas, temores e dificuldades do paciente decorrentes da hospitalização; determinar se a intervenção terapêutica é necessária; verificar grau de autonomia e independência, nas atividades essenciais do cotidiano do paciente; determinar precauções e/ou contraindicações para a realização de atividades de acordo com a fase em que a doença se encontra; colaborar com os dados para elucidação e esclarecimento diagnóstico; investigar o desempenho ocupacional do paciente; auxiliar na seleção de objetivos do programa de Terapia Ocupacional; investigar os resultados do programa terapêutico estabelecido; obter dados referentes à sua problemática e aos acompanhamentos realizados.

Cox salienta que a realização das atividades no dia a dia requer uma análise cuidadosa em relação às habilidades requeridas, consumo energético, tempo, forma de realização<sup>29</sup>.

Neste sentido, o terapeuta ocupacional, a partir desta análise pode verificar no processo avaliativo com o paciente o que seria necessário para facilitar a execução da ocupação, assim como planejar estratégias, levando em consideração as condições do paciente, seu processo, significado da ocupação, além dos princípios de conservação de energia, simplificação de tarefas, proteção e segurança no ambiente.

Segundo o manual HOPE (do College of Occupational Therapists), o terapeuta ocupacional deve iniciar sua intervenção a partir das experiências dos próprios pacientes com quem está trabalhando – a pessoa com câncer e seus familiares; suas escolhas e prioridades devem nortear o tratamento<sup>30</sup>. O terapeuta precisa trabalhar em parceria com os pacientes, ajudando-os a encontrar novas opções e estratégias de melhorar sua qualidade de vida. Porém, Palm ressalta que para a seleção e/ou indicação de atividades no processo terapêutico, é primordial considerar ainda: as reais necessidades do indivíduo, histórico ocupacional, relação que estabelece com as suas próprias atividades, precauções e/ou contraindicações possíveis<sup>28</sup>.

O manual HOPE aponta três áreas principais de intervenção da Terapia Ocupacional em Oncologia, bem como seus objetivos junto ao paciente/família<sup>30</sup>:

- *Organização do cotidiano*: alcançar equilíbrio no dia a dia, elencar prioridades, encontrar atividades significativas, considerar aspectos culturais, auxiliar na relação entre hospital – assistência no domicílio.
- *Tratamento da fadiga e de outros sintomas*: reconhecê-los como aspectos que afetam a funcionalidade da pessoa, prover informações e orientações sobre como tratar este sintoma, ajudar no entendimento da necessidade de mudanças e adaptações, estabelecer metas e expectativas realistas, reduzir o nível de energia utilizada nas atividades desenvolvidas pelo paciente, adaptar seu estilo de vida a partir de equipamentos e adaptações ambientais.
- *Autoestima*: reconhecer que este aspecto afeta a motivação do paciente, reconhecer que o envolvimento em atividades significativas traz melhora, ajudar a explorar sentimentos, ajudar o

paciente a manter seus papéis familiares e sociais, adaptar estes papéis quando necessário.

Em um trabalho inédito no contexto brasileiro, o comitê de Terapia Ocupacional da Associação Brasileira de Linfoma e Leucemia (ABRALE) realizou um levantamento com profissionais atuantes na área em que foram apontados e descritos os principais objetivos específicos da intervenção terapêutica ocupacional, quais sejam<sup>31</sup>:

- Auxiliar o paciente a enfrentar a doença e superar suas possíveis complicações, atenuando o impacto da doença.
- Ajudar na elaboração do luto vivido pelo paciente e pela família (pelas perdas inerentes à doença e ao tratamento).
- Ajudar na adaptação às mudanças trazidas pela doença (atividades básicas e instrumentais da vida diária, atividades de trabalho, atividades de lazer etc.), construindo com o paciente possibilidades de gerar independência, autonomia e prazer em seu cotidiano.
- Aumentar/resgatar a autoestima do paciente, bem como seu equilíbrio emocional.
- Proporcionar a manifestação de potencialidades, da inteligência e da criatividade.
- Manter ou recuperar a capacidade funcional.
- Estimular e/ou manter o desenvolvimento neuropsicomotor (no caso de crianças).
- Prescrever estratégias para diminuição da dor.
- Orientar quanto a medidas de conservação de energia.
- Prevenir incapacidades e deformidades.
- Minimizar o impacto da doença no cotidiano do paciente, ajudando em sua reorganização.
- Estruturar e possibilitar a retomada e/ou a assunção de papéis laborativos.
- Reintegrar o paciente ao convívio social, com a melhor qualidade de vida possível.

- Promover a parceria entre paciente, familiar e cuidador.
- Orientar, apoiar e oferecer suporte emocional ao paciente, família e cuidadores.

As modalidades e recursos utilizados dependem do referencial teórico adotado, do serviço em questão, da população atendida, dos recursos materiais disponíveis, porém, o objetivo maior do terapeuta ocupacional será sempre a melhoria da qualidade de vida do paciente com câncer.

*“O objetivo e o foco principal do terapeuta ocupacional é facilitar e capacitar o indivíduo para adquirir máxima performance funcional – física e psicologicamente – nas habilidades de vida diária, independentemente da expectativa de vida”<sup>32</sup>.*

## DIFERENTES CONTEXTOS DE ATENDIMENTO EM ONCOLOGIA

### No Hospital

Para Palm, alguns aspectos relevantes devem ser considerados para a compreensão da dimensão do cotidiano no contexto hospitalar. Neste contexto, sofrimento, dor, perdas, doença e morte estão presentes de forma significativa e fazem parte do cotidiano hospitalar<sup>11</sup>. Além disso, há uma pluralidade de ações e de procedimentos que envolvem vários profissionais, às vezes de forma isolada e outras, simultaneamente. Estes convivem numa rotina de trabalho articulando diversos saberes. Assim, profissionais com formação diferenciada; avanços tecnológicos e científicos se fazem presentes; bem como, valores morais, religiosos, culturais, filosóficos, políticos, econômicos e sociais expressam particularidades, tanto nos indivíduos internados como nos profissionais envolvidos no ambiente hospitalar.

Segundo De Carlo *et al.*, a Terapia Ocupacional vem caracterizando suas ações em contextos hospitalares no âmbito das intervenções voltadas às consequências tanto da enfermidade como da própria internação hospitalar na ação cotidiana, das diversas alterações e rupturas que acometem os

seres humanos em sua vida cotidiana<sup>33</sup>. Tendo como objetivo primordial a promoção da qualidade de vida do indivíduo hospitalizado, considerando sua globalidade e integridade, o terapeuta ocupacional atua para o melhor dimensionamento de soluções para suas condições de permanência no ambiente hospitalar, relações com equipe profissional que o atende e necessidades da família e/ou acompanhantes.

Othero destaca ainda alguns princípios que pautam a intervenção do terapeuta ocupacional no contexto hospitalar: foco de atuação na hospitalização; atividades significativas para o paciente; independência e autonomia<sup>7</sup>. E, Palm também destaca que neste contexto os objetivos de tratamento são os seguintes: intervir no ambiente hospitalar para melhorar a qualidade de vida durante e após o tratamento; proporcionar condições para que medos, percepções e sensações possam ser explicitadas, bem como para a continuidade de seus projetos para a vida; identificar, manter ou desenvolver a capacidade funcional do paciente; favorecer os interesses do sujeito, suas relações afetivas e sociais, além de valorizar suas potencialidades<sup>28</sup>.

De Carlo *et al.* alegam que o terapeuta ocupacional deve considerar diversos aspectos para o planejamento de programas terapêutico-ocupacionais em contextos hospitalares: características do hospital, os diferentes espaços e programas hospitalares e os processos de adoecimento e hospitalização<sup>33</sup>. De acordo com as autoras, para trabalhar na instituição hospitalar, o terapeuta ocupacional necessitará de:

- *Capacidade de articular diversos conhecimentos teórico-práticos e agilidade no raciocínio clínico para a realização de procedimentos de Terapia Ocupacional com pacientes internados.*
- *Versatilidade para trabalhar em locais diferenciados e em condições adversas e competência técnica para definir prioridades e para estabelecer vínculos diferenciados com os pacientes e demais profissionais da equipe multiprofissional.*
- *Habilidade para lidar constantemente com situações novas e para intervir em questões específicas e emergentes, tendo*

*pertinência para lidar com as diferenças culturais, religiosas e assuntos sobre dor, perda, separação, morte e sofrimento.*

- *Capacidade para ouvir e compreender a diversidade de linguagens do sujeito (palavras, ações, silêncios), muitas vezes, revelada por suas atividades (p. 17).*

As atribuições do terapeuta ocupacional no contexto hospitalar incluem: atendimento individual e grupal, orientação a familiares e cuidadores; ações de ambientação e humanização no contexto hospitalar; orientação na programação de alta; desenvolvimento de projetos e ações de natureza interdisciplinar em conjunto com outros profissionais envolvendo os cuidados, orientação e atendimento do paciente, familiar e cuidador.

Othero destaca que o foco da atuação durante a hospitalização pode incluir os aspectos emocionais e as rupturas e limitações decorrentes deste processo; o terapeuta ocupacional pode ajudar os pacientes a terem maiores realizações, atividades significativas em um espaço despersonalizante, autonomia e senso de controle sobre a vida.

Vale salientar ainda a necessidade de investir na ambientação, re-humanização das relações interpessoais e no cotidiano da clientela internada no hospital e de suas interfaces com família e equipe. De Carlo *et al.* afirma que a Terapia Ocupacional tem muito a contribuir com o processo de humanização hospitalar, tendo como objetivo principal intervir nas relações humanas e no cotidiano institucional, por meio de diferentes tipos de atividades desenvolvidas individual ou coletivamente<sup>34</sup>.

De Carlo *et al.* ressaltam a importância do terapeuta ocupacional na promoção da qualidade de vida da pessoa hospitalizada, por meio da intervenção no cotidiano do hospital, da humanização dos ambientes e das relações, da ajuda à rede social do hospitalizado, trabalhando o impacto da internação e a minimização dos seus efeitos<sup>33</sup>.

*“... O terapeuta ocupacional tem como objetivo primordial a promoção da qualidade de vida do indivíduo hospitalizado, em torno do dimensionamento das condições e necessidades com o ambiente e da relação com a família e equipe, considerando sua globalidade e integridade” (p. 10).*

Para Rombe e Palm, as orientações a familiares e cuidadores no contexto hospitalar buscam esclarecer sobre a rotina hospitalar, horários de visitas, papel dos profissionais envolvidos no atendimento, cuidados básicos necessários a serem realizados, visando a restauração/manutenção da saúde do sujeito internado; liberação para acompanhamento do familiar sempre que necessário; conscientização das condições atuais do paciente, favorecendo o esclarecimento de dúvidas, decorrentes da hospitalização; preparação e orientação de familiares antes das visitas, principalmente com paciente em cuidados especiais; humanização do espaço físico<sup>27</sup>.

978-85-7241-879-9

### *Transplante de Medula Óssea*

No contexto hospitalar, a assistência na unidade de transplante de medula óssea (TMO) é bastante específica. Mastropietro *et al.* apontam que são muitas as limitações decorrentes do próprio tratamento e o paciente precisa ficar por um longo tempo em situação de isolamento; com isso, um papel fundamental do terapeuta ocupacional é ajudá-lo na reconstrução do seu cotidiano, oferecendo “espaços de saúde” nos quais os fazeres particulares de cada sujeito possam acontecer, ampliando suas relações e vivências<sup>35</sup>.

## Em Ambulatório

Othero destaca que na assistência ambulatorial em Oncologia, a ênfase do acompanhamento em Terapia Ocupacional estará nas possibilidades de reabilitação e ganhos funcionais do paciente, permitindo a ele maior independência na realização de suas atividades<sup>7</sup>. Muitas vezes, o câncer, os tratamentos e os procedimentos realizados podem deixar sequelas no paciente e, assim, o trabalho estará voltado para a melhora da capacidade motora (força, amplitude de movimento, coordenação, destreza), a prevenção e/ou minimização de deformidades, a confecção e indicação de adaptações para a realização das atividades de vida diária, os treinos e exercícios funcionais, entre outros.

Ainda de acordo com Othero, neste nível de atenção é possível desenvolver ações de retomada ao estudo e ao trabalho, sendo fundamental que o paciente mantenha estas atividades durante o tratamento, e seja orientado a retomá-las definitivamente ao final<sup>7</sup>.

## Unidade/Serviço de Quimioterapia

A atuação do terapeuta ocupacional em uma unidade/serviço de quimioterapia é realizada no contexto hospitalar e ambulatorial.

Gonçalves e Palm afirmam que os princípios que norteiam a proposta do terapeuta ocupacional na Unidade/Serviço de Quimioterapia estão pautados na perspectiva de manter o foco de atenção em aspectos positivos e condições de qualidade de vida; postura ativa em seu tratamento; resgatar e/ou estimular o potencial saudável e capacidades; comprometimento com mudança de hábitos; aliviar as reações emocionais; manter e/ou ampliar as habilidades físicas e cognitivas; aumentar a autoestima; fortalecer as relações sociais e familiares<sup>36</sup>.

Gonçalves especifica os objetivos centrais da Terapia Ocupacional na atuação no serviço de quimioterapia<sup>37</sup>:

- Minimizar os impactos decorrentes da mudança no processo de vida; aliviar as reações emocionais ocasionadas pela doença e tratamento.
- Contribuir para o alívio dos sintomas e reações indesejadas; orientar quanto à simplificação de atividades e conservação de energia.
- Reorganizar o cotidiano.
- Valorizar as capacidades e habilidades e auxiliar na descoberta de novas possibilidades.
- Desenvolver uma compreensão positiva para trabalhar com a nova imagem corporal.
- Promover intervenções/ações que estimulem a integração social.

- Buscar alternativas para o máximo de independência nas atividades da vida diária e nas atividades instrumentais da vida diária.
- Refletir sobre a possibilidade de desenvolver uma atividade produtiva: estimular uma rotina de vida normal.
- Prescrever dispositivos e adaptações.
- Fornecer apoio e orientação a familiares e cuidadores.
- Prover suporte psicossocial em situações de perda/luto.
- Encaminhar para serviços de referência quando necessário.

## Pediatria

Na Pediatria, em todos os níveis de assistência, o ato de brincar e a infância terão papel central nas intervenções do terapeuta ocupacional. De acordo com Pengo e Santos, quatro componentes estão incluídos na reabilitação de uma criança com câncer: físico, psicológico, social e educacional e, será por meio de atividades lúdicas que a criança poderá se reestruturar e superar o sofrimento envolvido na hospitalização e no adoecimento<sup>23</sup>. A confecção de órteses, adaptações e recursos de acessibilidade são, segundo as autoras, papel crucial e específico do terapeuta ocupacional em Pediatria.

Pengo e Santos afirmam ainda que a presença da família é essencial no contexto pediátrico; o terapeuta precisa do familiar para ter acesso ao paciente infantil, e é a família que recebe todas as informações e orientações sobre o tratamento, auxiliando na aplicação de estratégias facilitadoras do desenvolvimento da criança<sup>23</sup>.

## Assistência Domiciliar

A Organização Mundial da Saúde define *assistência domiciliar* como<sup>38</sup>:

*“A provisão de serviços de saúde por prestadores formais e informais com o objetivo de promover, restaurar e manter o conforto, função e saúde das pessoas num nível máximo,*

*incluindo cuidados para uma morte digna. Serviços de assistência domiciliar podem ser classificados nas categorias de preventivos, terapêuticos, reabilitadores, acompanhamento por longo tempo e cuidados paliativos” (p. 9).*

O Ministério da Saúde institui a internação domiciliar no âmbito do SUS, através da Portaria nº 2.529 de 19 de outubro de 2006 que prevê<sup>39</sup>:

*“Um conjunto de atividades prestadas em domicílio a pessoas clinicamente estáveis que exijam intensidade de cuidados acima das modalidades ambulatoriais, mas que possam ser mantidas em casa, por equipe exclusiva para este fim. Ainda estabelece como prioridade de eleição os seguintes grupos populacionais: idoso, portadores de doenças crônico-degenerativas agudizadas e portadores de patologias que necessitem de cuidados paliativos e portadores de incapacidade funcional, provisória ou permanente” (p. 1).*

A assistência domiciliar envolve diversas modalidades conforme especificadas a seguir<sup>38</sup>:

- **Atendimento domiciliar:** *é o cuidado prestado em domicílio a pessoas com problemas agudos, e que em função disto estejam temporariamente impossibilitadas de comparecer à Unidade Básica de Saúde (UBS).*
- **Internação domiciliar:** *é o cuidado no domicílio de pacientes, com problemas agudos ou egressos de hospitalização, que exijam uma atenção mais intensa, mas que possam ser mantidos em casa, desde que disponham de equipamentos, medicamentos e acompanhamento diário pela equipe da UBS e a família assuma parcela dos cuidados. Este atendimento não substitui a internação hospitalar.*
- **Acompanhamento domiciliar:** *é o cuidado em domicílio para pessoas que necessitem contatos frequentes e programáveis com os profissionais da equipe.*

- *Visita domiciliar: é o instrumento de realização da assistência domiciliar. Constituída pelo conjunto de ações sistematizadas para viabilizar o cuidado a pessoas com algum nível de alteração no estado de saúde* (p. 11-12).

O Serviço de Assistência e Internação Domiciliar (SAID) tem como objetivos específicos: o processo terapêutico humanizado da redução do sofrimento em situação de cuidados paliativos; a humanização da assistência com o olhar ampliado dos cuidados com o paciente e a condição dos familiares/cuidadores (integralidade da atenção, apoio matricial); servir de elo entre hospital e a rede básica de serviços de saúde; melhorar a qualidade de vida dos pacientes dependentes de cuidados da equipe de saúde que não possam pela sua complexidade serem absorvidas pelas equipes das unidades básicas de saúde, sob critério avaliativo de inclusão das equipes do SAID; contribuir para ganhos no grau de autonomia do paciente/família no cuidado com sua saúde promovendo a capacitação do familiar/cuidador, entre outros<sup>40</sup>.

De Carlo *et al.* destacam que no programa de atendimento domiciliar os objetivos da Terapia Ocupacional devem atender às necessidades do paciente e de sua família, com o intuito de respeitar o espaço de ambos, para conseguir, assim uma boa adesão às intervenções propostas<sup>34</sup>.

As atribuições do terapeuta ocupacional, segundo o Ministério da Saúde, na assistência domiciliar são<sup>38</sup>:

*“... avaliar as condições clínicas do doente, suas incapacidades, emitindo um diagnóstico terapêutico ocupacional; elaborar com base no diagnóstico um planejamento e execução de adaptações quando necessário do espaço físico, mobiliário e utensílios; desenvolver atividades de grupo para os familiares e cuidadores; fornecer orientações de Educação e Saúde para a família e ou responsáveis; participar de discussões de casos, elaborando ações interdisciplinares para o acompanhamento do paciente; registrar os atendimentos”* (p. 26).

Lourenço corrobora destacando outros objetivos gerais do terapeuta ocupacional na assistência domiciliar<sup>41</sup>:

- *Estimular e orientar quanto à necessidade de ampliar redes de apoio particulares (outros membros da família, vizinhos, pastorais) e de equipamentos de saúde, facilitando e propiciando os cuidados e recuperação do paciente.*
- *Conscientizar, orientar e preparar a equipe quanto à importância da autonomia do paciente e cuidador na realização das atividades da vida diária (AVD) e de procedimentos básicos de cuidado, respeitando seu contexto de vida (p. 4).*

Segundo Söderback *et al.*, a assistência terapêutica ocupacional em Oncologia neste contexto inclui ainda orientar o paciente a como “guardar” energia, a como utilizar as tecnologias assistivas e a como maximizar a independência nas atividades de vida diária. Inclui ainda as adaptações do ambiente para a promoção da independência e para facilitar o cuidado pelos familiares; as atividades em grupo também são parte desta assistência, sendo uma oportunidade para que os pacientes expressem seus sentimentos e organize seu cotidiano<sup>42</sup>.

## Programas Preventivos

Parada destaca que a prevenção primária envolve a disponibilização de informações à população sobre os fatores de risco para o câncer e de estratégias para diminuir a exposição aos mesmos<sup>6</sup>.

*“... Esta prevenção perpassa todos os níveis de atenção à saúde, mas é na atenção primária que se torna possível um maior alcance das ações, em função de sua abordagem mais próxima da população, na ótica da promoção da saúde” (p. 202).*

Burkhardt menciona também o papel do terapeuta ocupacional no desenvolvimento de ações preventivas junto aos pacientes com câncer; o foco da intervenção será a aquisição de um estilo de vida que proporcione o equilíbrio entre os cuidados pessoais, o trabalho, o lazer e o descanso<sup>43</sup>.

## TERAPIA OCUPACIONAL E DOR ONCOLÓGICA – POSSIBILIDADES DE ATUAÇÃO

Segundo Arantes, a dor é considerada um dos sintomas mais frequentes nas neoplasias, e é considerado o mais temido pelos pacientes<sup>44</sup>. A autora afirma que as estimativas indicam que 10 a 15% dos pacientes com câncer apresentem dor de intensidade significativa já no momento do diagnóstico, mesmo em estágios iniciais da doença; com o surgimento das metástases, a incidência da dor aumenta para 25 a 30%, e nas fases avançadas do câncer para 60 a 90% dos pacientes referem dor de grande intensidade.

Arantes e Maciel trazem o conceito de dor adotado atualmente a partir da definição da Associação Internacional de Estudos da Dor: “*dor é uma experiência sensorial e emocional desagradável, associada ao dano real ou potencial, ou descrita em termos de tal dano*” (p. 370)<sup>45</sup>.

Ferrer e Santos afirmam que o controle adequado da dor deve ser a maior prioridade para aqueles que cuidam de pessoas com câncer, tamanho efeito prejudicial ao paciente e sua família<sup>17</sup>.

A pessoa em sua totalidade está sofrendo, e a vivência da dor será determinada por esta complexidade de fatores.

“... a dor apresenta várias dimensões, que vão além da explicação física. Quanto mais a dor persiste, maior o sofrimento causado, pois, na presença dela, sabemos que atividades simples como comer, vestir-se e andar podem estar seriamente comprometidas. A presença constante de dor pode causar ansiedade, depressão ou raiva. Prejudica a dignidade pessoal, atrapalha a relação com amigos e familiares. É uma experiência única, vivenciada de maneira solitária e diferente por cada pessoa, que também pode ser distinta para a mesma pessoa em tempos diferentes do processo da doença”<sup>44</sup>.

Diante de tão amplo contexto, toda a equipe multiprofissional deve estar atenta para a avaliação da dor do paciente, bem como aplicar e intervir no controle de tão desconfortável

sintoma, sendo o terapeuta ocupacional um profissional fundamental neste processo.

De acordo com Arantes, existem diversas escalas para avaliação da dor; a mais utilizada na prática cotidiana dos serviços é a Escala Visual Numérica (EVN), na qual o paciente descreve a intensidade de sua dor numa escala de zero a dez, sendo zero a ausência de dor e dez a pior dor possível<sup>44</sup>. Outros exemplos de escalas são citados por Silva e Ribeiro onde podemos destacar instrumentos unidimensionais: Escala Visual Analógica (EVA), Escala com Descritores Verbais, Escala com Descritores Visuais. Estes autores apresentam ainda, instrumentos multidimensionais sendo referidos: Inventário de Avaliação Inicial de Dor (*Initial Pain Assessment Inventory* – IPAI), Inventário Breve de Dor (*Brief Pain Inventory* – BPI), Diagrama Corporal de Localização e Distribuição Espacial da Dor (*Pain Drawing* – PD), Questionário McGill de Dor (*McGill Pain Questionnaire* – MPQ), Perfil da Percepção de Dor (*Pain Perception Profile* – PPP), entre outros<sup>46,47</sup>.

Arantes e Maciel oferecem algumas orientações sobre o uso das escalas de mensuração de dor: a melhor forma de avaliação é aquela em que o paciente consegue descrever a intensidade e o tipo da dor; escalas de avaliação indireta (por outra pessoa) devem ser reservadas para os casos de exceção, quando o paciente não tem condições de expressar sua dor; é preciso acreditar no paciente sempre; a melhor escala é aquela bem aplicada e a equipe/profissional deve escolher a ferramenta que melhor se adapte às necessidades de seus pacientes<sup>45</sup>.

Na abordagem do terapeuta ocupacional com o paciente com dor, segundo Pengo e Santos é importante que seja avaliado também: suas limitações físicas, a história de queixa de dor, seu impacto nas atividades de vida diária, na vida afetiva, no trabalho e nas relações de um modo geral<sup>23</sup>.

Cooper ressalta que o terapeuta ocupacional pode ajudar a identificar o impacto da dor para o indivíduo, uma vez que consegue<sup>48</sup>:

- Identificar os efeitos da dor na capacidade funcional do indivíduo.

- Identificar as maneiras que a dinâmica familiar foi alterada, como os papéis foram modificados, bem como a capacidade de levar uma vida produtiva.

- Estabelecer metas e prioridades junto com os pacientes.

- Trabalhar as habilidades do indivíduo por meio de intervenções que melhoram a qualidade de vida, pelo gerenciamento do cotidiano, conservação de energia, controle e manejo da ansiedade (e de outros sintomas) e ergonomia.

- Avaliar e prescrever equipamentos para promoção da independência e conforto.

De acordo com Ferrer e Santos, um dos principais objetivos da Terapia Ocupacional junto a pacientes que apresentam dor oncológica é a manutenção da capacidade deste gerir seu autocuidado<sup>17</sup>. Na intervenção, o terapeuta ocupacional pode auxiliar no controle da dor por meio de diferentes estratégias: meios físicos (como massagem e posicionamento), meios psicossociais (como relaxamento, visualização, técnicas de distração), envolvimento com atividades significativas, entre outros. Ainda afirmam que as atividades colaboram na redução da dor à medida que ao se envolver com a atividade, muitas vezes o paciente passa a dar menos atenção a sua dor.

Outro aspecto importante do cuidado em Terapia Ocupacional ao paciente com dor oncológica, segundo estas autoras, é o preparo para as intervenções dolorosas no âmbito do tratamento, focado em ações educativas, tanto para adultos, quanto para crianças, considerando-se as especificidades sociointelectuais de cada faixa etária.

Pengo e Santos apontam para a importância da intervenção terapêutica ocupacional no sentido do desenvolvimento de hábitos que quebrem o círculo vicioso dor-ociosidade-dor<sup>23</sup>.

## **TERAPIA OCUPACIONAL EM CUIDADOS PALIATIVOS ONCOLÓGICOS**

Ainda que as chances de cura do câncer aumentem a cada ano, com o desenvolvimento de novos tratamentos, ela depende

do tipo de tumor e do estágio em que o mesmo foi diagnosticado. Em países desenvolvidos, a taxa de cura do câncer (em média) é de 50%; porém, em países como Brasil, em que o acesso ao sistema de saúde é precário e difícil, esta taxa é menor, pois o diagnóstico é feito mais tardiamente. Com isso, são muitos os pacientes com câncer que não conseguem a cura e morrem em decorrência da doença.

Segundo Maciel, são feitos pouquíssimos esforços para adequar o tratamento de pacientes em que não há mais possibilidade de cura da doença; normalmente, continua-se com todas as medidas curativas e invasivas possíveis, ainda que não tragam benefícios reais aos doentes<sup>49</sup>. Os resultados destas ações acabam sendo: sofrimento prolongado do paciente e da família e elevação dos custos na assistência, sem benefício ao paciente.

Como reação a esta prática em saúde altamente tecnicista, que entende a morte como um grande fracasso desenvolveram-se os cuidados paliativos, em busca de uma assistência integral, digna e humanizada, desde o momento do diagnóstico até o final da vida do paciente, abrangendo também sua família no plano de cuidados.

*“Cuidados paliativos são o conjunto de medidas destinadas a promover qualidade de vida a pacientes e familiares que enfrentam uma doença ameaçadora da vida, através da prevenção e do alívio do sofrimento, com identificação precoce, controle e tratamento impecáveis de dor e outros sintomas físicos, psicossociais e espirituais”<sup>50</sup>.*

Há também uma definição específica da Organização Mundial da Saúde (1998) sobre a assistência em pediatria, citada por Pessini<sup>51</sup>:

*“Cuidados paliativos para crianças são o cuidado ativo total para o corpo, mente e espírito, e também envolve o apoio para a família; têm início quando a doença é diagnosticada e continuam independente de a doença da criança estar ou não sendo tratada; os profissionais da saúde devem avaliar e aliviar*

*o estresse físico, psíquico e social da criança; para serem efetivos, exigem uma abordagem multidisciplinar que inclui a família e a utilização dos recursos disponíveis na comunidade; podendo ser implementado mesmo se os recursos são limitados; pode ser realizado em centros comunitários de saúde e mesmo nas casas das crianças” (p. 166).*

Masera *et al.* definem o cuidado paliativo em pediatria como sendo “...o cuidado ativo e total do corpo da criança, sua mente e espírito, incluindo também o apoio à família” (p. 19)<sup>52</sup>.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) apresenta os seguintes princípios para a assistência em cuidados paliativos, postulados em 2002<sup>50</sup>:

- Respeitar a vida e perceber a morte como um processo natural.
- Entender que o processo de morrer necessita de cuidados especiais, devendo ser conduzido com habilidade suficiente para não abreviar a vida nem prorrogar inutilmente o sofrimento.
- Cuidar da pessoa doente, e não apenas da doença, o que conduz a uma abordagem integral, holística e em equipe multiprofissional.
- Cuidar da família com tanto empenho quanto do paciente.
- Prevenir e tratar de forma impecável os sintomas inconvenientes e a dor.
- Buscar o conforto e a qualidade de vida por meio do controle de sintomas, o que pode se traduzir em mais dias de vida.
- Iniciar o tratamento paliativo o mais precocemente possível, concomitantemente ao tratamento curativo, utilizando-se de todos os esforços necessários para melhor compreensão e controle dos sintomas.

Nesta perspectiva, é possível verificar a valorização da pessoa e não da doença, além da qualidade e integralidade da assistência a ser oferecida e o suporte à família. De Carlo *et al.*

978-85-7241-879-9

ressaltam que os cuidados paliativos apresentam características que os diferencia das outras modalidades terapêuticas: o centro da abordagem é o paciente e não a sua doença; a morte é aceita como um processo natural ao mesmo tempo em que se busca o incremento da qualidade de vida; há participação ativa do paciente e de seus cuidadores na tomada de decisões terapêuticas com o objetivo primordial de alcançar o conforto para os envolvidos e não a cura da doença<sup>53</sup>.

Ferrer e Santos destacam que os princípios dos cuidados paliativos incluem o cuidado integral, individualizado e contínuo ao paciente, levando em consideração seus aspectos físicos, emocionais, sociais e espirituais. Inclui também o trabalho com a família, que é o núcleo fundamental de apoio, considera ainda a importância do ambiente, levando-se em consideração a comunicação e uma atmosfera de respeito, que interferem de modo direto no controle de sintomas<sup>17</sup>.

É fundamental ressaltar que os cuidados paliativos são propostos como parte integrante do tratamento desde o diagnóstico da doença, e sua predominância vai crescendo conforme a doença vai progredindo. O tratamento impecável de sintomas e o suporte emocional, social e espiritual dos quais, paciente e família necessitam devem ter início quando se realiza o diagnóstico de qualquer doença ameaçadora da vida, e em qualquer fase da vida de quem adoece, da infância até a velhice.

Segundo Maciel, para pacientes com câncer, o contato com o diagnóstico é a fase mais difícil, e sempre necessitará de suporte emocional para enfrentar este processo e as mudanças e adaptações decorrentes dele. É uma doença eminentemente ameaçadora da vida; o tratamento também pode trazer desconforto (como já mencionado anteriormente) e dor (como sintoma ou em decorrência do próprio tratamento)<sup>49</sup>. O tratamento adequado da dor e dos sintomas é imprescindível, mesmo nas fases iniciais da doença, na qual o tratamento curativo impera.

O objetivo maior da assistência em cuidados paliativos é a promoção da qualidade de vida, entendida, segundo Carvalho, como a proximidade entre a situação real do doente

(condição clínica e funcionalidade) e a situação por ele idealizada. Não se busca prolongar a vida a todo custo, mas fazer com que os dias remanescentes do paciente e de sua família sejam compostos por experiências significativas<sup>54</sup>.

A prática dos cuidados paliativos baseia-se no controle impecável dos sintomas de natureza física, psicológica, social e espiritual, conforme Neto, citado por Maciel<sup>55</sup>:

*“Os princípios de controle destes sintomas baseiam-se em: avaliar antes de tratar; explicar as causas dos sintomas; não esperar que o doente se queixe; adotar uma estratégia terapêutica mista; monitorar os sintomas; reavaliar regularmente as medidas terapêuticas; cuidar dos detalhes; estar disponível”* (p. 21).

Pinczowski e Del Giglio destacam que os sintomas mais frequentes em pacientes com câncer abordados pela equipe multiprofissional responsáveis pelos cuidados paliativos são: anorexia e caxeiquia, dispneia, dor, fadiga, náuseas e vômitos, depressão e ansiedade e confusão mental<sup>56</sup>.

É importante salientar que determinados sintomas podem ter um efeito devastador sobre o paciente e sua família. Palm afirma que no cotidiano dos cuidados paliativos é necessário que o paciente e os familiares aprendam a identificar e gerir os sintomas físicos e psicológicos que podem indicar uma doença aguda ou parte do processo de morrer, e saber que providências devem ser tomadas, ou a quem encaminhar<sup>11</sup>. Para que o indivíduo recupere o senso de controle e autonomia, é fundamental a abertura de espaço para que sejam discutidos os temores relativos à dor, sintomas, limitações e recursos para enfrentá-los, incentivando o autocuidado e compartilhando as decisões sobre o curso do tratamento.

Os cuidados paliativos podem ser realizados no hospital, no domicílio, nas unidades dia e *hospices*.

*“Cuidados paliativos no hospital: manter os cuidados paliativos em um hospital tem vantagens e desvantagens. As vantagens são: a continuidade dos cuidados; a competência em*

*tratamento oncológico; acesso à tecnologia e excelência em controle sintomático; disponibilidade de uma equipe multiprofissional e a possibilidade de treinamento e de pesquisa em cuidados paliativos.*

*Cuidados paliativos no domicílio: a administração de cuidados paliativos no domicílio é o que muitos pacientes preferem. As vantagens são: a proximidade com parentes e amigos e o conforto de um ambiente familiar ao redor; a possibilidade de continuidade de cuidados com um clínico geral e o custo mais baixo para o sistema de saúde.*

*Cuidados paliativos em hospices: instituições semirresidenciais, com um quadro de pessoal especializado em cuidados paliativos, onde o paciente pode permanecer por um período limitado de tempo, ou onde cuidados diários específicos podem ser administrados.”<sup>57</sup>*

978-85-7241-879-9

Rodrigues conceitua hospice como<sup>58</sup>:

*“... o local onde as pessoas permanecem o tempo que considerarem necessários e tem características de hospital, por possuir uma equipe interdisciplinar e as drogas necessárias, mas possui também características de domicílio, por ser um ambiente acolhedor e configurado conforme a vontade do paciente. A unidade dia é o local onde o paciente permanece durante o dia, recebendo os cuidados, e no período noturno retoma ao seu domicílio junto com seus familiares” (p. 122).*

Twycross complementa que a reabilitação é uma parte integral dos cuidados paliativos, buscando a realização do potencial máximo de autonomia e independência dos pacientes<sup>59</sup>. Ainda que na presença de uma doença grave e em fase avançada, o paciente não esteja necessariamente incapacitado ou restringido para a realização de suas atividades; o autor ressalta que a ênfase no fazer (e não no ser atendido) ajuda os pacientes com câncer a viver e a morrer com dignidade, além de melhorar sua autoestima.

O terapeuta ocupacional é parte integrante e fundamental desta assistência, abrangendo possibilidades de intervenção

desde o controle de sintomas (por meio de medidas não farmacológicas) ao aumento da independência e da autonomia, e da manutenção de atividades significativas no cotidiano do paciente e da família.

Segundo Ferrer e Santos, o maior desafio para o terapeuta ocupacional (e para toda a equipe) neste tipo de assistência é ajudar o paciente a viver efetivamente até a morte, buscando alívio dos sintomas, oferecendo conforto e qualidade, sem afastar pessoas significativas e sem desvalorizar situações, falas ou assuntos que façam parte de seu contexto de vida<sup>17</sup>.

Os principais objetivos da Terapia Ocupacional em cuidados paliativos são:

- Manutenção das atividades significativas para o doente e sua família.
- Promoção de estímulos positivos, para enriquecimento do cotidiano.
- Orientação e realização de medidas de conforto e controle de sintomas.
- Adaptação e treino de atividades de vida diária, para autonomia e independência.
- Criação de possibilidades de comunicação, expressão e exercício da criatividade.
- Criação de espaços de convivência e interação, entre pacientes, familiares e equipe, pautados em potencialidades e capacidades dos sujeitos envolvidos.
- Apoio, escuta e orientação ao familiar e cuidador.

De Carlo *et al.* apresentam outros aspectos relacionados ao papel da Terapia Ocupacional em cuidados paliativos: realização de atividades e/ou exercícios terapêuticos buscando melhora da funcionalidade e do desempenho ocupacional, e adaptação às perdas funcionais; treino de atividades de vida diária no autocuidado e em ambiente doméstico; prescrição de cadeira de rodas e orientação; confecção ou prescrição de

equipamentos de tecnologia assistiva e órteses; treino de funções cognitivas; orientação domiciliar e treino dos cuidadores; orientação para manejo do tempo, proteção articular e conservação de energia; orientação sobre atividades cotidianas e posicionamento; utilização de recursos complementares para controle de sintomas, como meios físicos (calor, frio, massagem etc.); assistência no alívio e enfrentamento das diversas perdas inerentes ao processo de adoecimento<sup>53</sup>.

Queiroz ressalta ainda que as metas estabelecidas devem ir ao encontro das capacidades e limitações existentes, das necessidades e desejos do paciente e da família, buscando-se qualidade de vida a partir da realização de projetos a curto e médio prazo que dão sentido e significado à vida de quem é atendido<sup>26</sup>.

Na fase final de vida (últimos dias, horas, minutos) o terapeuta ocupacional manterá seu acompanhamento, tanto para o paciente quanto para o familiar. Faz-se necessário uma mudança no foco dos cuidados ao paciente, tendo na organização da rotina e na diminuição dos estímulos uma maneira de proporcionar mais conforto ao paciente. Em alguns casos, é possível manter suas atividades significativas até o último suspiro, por meio de recursos como música e leitura. No acompanhamento ao familiar, com o vínculo estabelecido anteriormente, o terapeuta ocupacional pode auxiliar no processo de despedidas, na expressão de sentimentos e emoções, e na abertura de novos canais de comunicação, a partir de atividades diversas.

O acompanhamento pós-óbito é parte integrante da assistência terapêutica ocupacional, especialmente por meio de ligações, cartas ou visitas de condolências, em conjunto com a equipe.

Em todo este processo, o terapeuta ocupacional terá sua atuação voltada à construção de ações potencializadoras e significativas junto ao paciente, resgatando seus interesses e capacidades, descobrindo com ele novas habilidades, permitindo-o perceber-se capaz, agente, vivo, ou seja, um sujeito de sua própria história, independente de sua condição clínica e funcional, seu prognóstico e seu tempo de vida.

## FAMÍLIA E O CUIDADOR

*“A expectativa de que sejamos capazes de viver imersos no sofrimento e na perda, diariamente, sem nos abalar com isso é tão irrealista quanto esperar poder andar na água sem se molhar.”<sup>60</sup>*

Dias *et al.* conceituam o “cuidador principal” como sendo aquele que tem a total ou maior responsabilidade pelos cuidados prestados ao paciente no domicílio e de “cuidador secundário”, os familiares, voluntários e profissionais que prestam atividades complementares<sup>61</sup>.

Othero e Costa referem que no processo de adoecimento do paciente, a família passa por diversas situações<sup>62</sup>:

*“... momento de sofrimento e situações de mudança, demandas físicas e emocionais para os cuidados, alterações na rotina cotidiana, transformações de papéis e responsabilidades, adiamento de projetos, preocupações financeiras, além de tantos outros aspectos com os quais o familiar deparar-se-á”* (p. 159).

Queiroz corrobora destacando que a família pode passar no momento da doença por três fases<sup>63</sup>:

*“Desorganização – fase de assimilação do processo de doença; recuperação – família solicita o auxílio dos profissionais para aprender o manejo da situação, é a fase de maior receptividade da família; reorganização – consolidação dos novos papéis e da formulação de projetos”* (p. 7).

Para Penfold, assim como os pacientes, os familiares requerem suporte contínuo e deve ser oferecido espaço para que eles possam expressar seus medos e ansiedades, bem como oferecido suporte emocional, facilitando o cuidado ao paciente e o manejo das situações estressantes<sup>32</sup>. A autora aponta ainda que a adaptação do ambiente domiciliar pode facilitar o cuidado e diminuir a sobrecarga do cuidador.

No levantamento realizado pela ABRALE foi apontada a importância que deve ser dada ao atendimento e cuidado ao familiar, como forma de melhoria do cuidado ao paciente e também em intervenção às suas demandas próprias, respeitando-se sua fragilidade e as fases emocionais pela qual passam<sup>31</sup>. São apontados como objetivos na intervenção com o familiar do paciente com câncer:

- Orientar para que tenham mais informações, melhor segurança com o tratamento e/ou possa praticar determinadas ações com o paciente.
- Facilitar a comunicação entre paciente e cuidador, potencializando esta relação.
- Oferecer espaços de troca, reflexão e escuta a este familiar.

Othero corrobora a importância da atuação junto à família, ressaltando que a principal tarefa do terapeuta ocupacional junto aos familiares em Oncologia é orientar o cuidador acerca dos estímulos positivos ao paciente e treiná-lo para seja um facilitador da independência nas atividades de vida diária<sup>7</sup>. O acolhimento também terá espaço nos atendimentos por meio de intervenções grupais para apoio e fortalecimento do cuidador, bem como o resgate de atividades significativas que este deixou de fazer ao assumir o papel de cuidar.

Palm e Rombe salientam que as ações do terapeuta ocupacional envolvendo familiares e cuidadores têm como objetivo a continuidade dos cuidados quanto às orientações e desenvolvimento de estratégias que proporcionem a participação ativa do paciente no desempenho de suas atividades de vida diária e atividades instrumentais de vida diária no seu cotidiano<sup>27</sup>.

Rego e Palácios ressaltam que o cuidado no fim da vida<sup>16</sup>:

*“... é algo que é pensado e realizado, em cada caso concreto, de forma compartilhada, entre seres autônomos que se respeitam e que constroem um processo de morrer no qual os profissionais, por meio de um conhecimento técnico, podem contribuir para que esse processo seja vivido dignamente com o mínimo de sofrimento para o próprio e seus cuidadores” (p. 1759).*

Ballarin destaca a necessidade de desenvolver ações de orientação, de suporte e apoio e de natureza social com família e cuidadores do paciente oncológico: *ações de orientação* envolvem orientação disponibilizada continuamente pela equipe técnica que acompanha o cuidador; *ações de suporte e apoio* constituem-se em um espaço de expressão, comunicação com orientações específicas; *ações de natureza social* envolvem o suporte e ampliação da rede social e de solidariedade<sup>9</sup>.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

*“Reflexões: o desafio maior é estar aberto ao conhecimento, que se faz não apenas a partir de técnicas e aprendizados de procedimentos, mas principalmente no contato humano. Dia a dia, são nossos pacientes nossos grandes mestres, ao voltarmos nosso olhar ao humano, passamos então a poder aprender sobre cuidar.”*<sup>64</sup>

Em Oncologia, a assistência prestada em Terapia Ocupacional pode ocorrer desde o nível preventivo até a alta do tratamento ou a terminalidade, envolvendo: prevenção e promoção da saúde, recuperação, reabilitação, cuidados paliativos e humanização.

O adoecer por câncer traz implicações específicas e significativas para o doente e seus familiares: medo, perdas, rupturas, espera, ansiedade e dor são alguns dos aspectos que podem estar envolvidos nesta vivência. Com isso, oferecer uma assistência digna e de qualidade, com a atuação de uma equipe integrada de profissionais, é fundamental.

As reações frente à doença devem ser compreendidas considerando a história de vida de cada paciente e seus familiares, bem como os contextos socioeconômico e cultural em que vive, face às demandas de assistência que se colocam em função da doença e tratamento.

O terapeuta ocupacional é parte integrante desta equipe, com foco na dimensão do fazer humano e todas as suas nuances. A ênfase pode estar nos aspectos reabilitativos ou no processo de adoecimento e suas consequências, os espaços de atuação

podem ser diferentes, mas o objetivo maior dos terapeutas ocupacionais é a qualidade de vida do paciente com câncer e seus familiares.

A Terapia Ocupacional possibilita a construção de brechas de vida, potência, criação e singularidade, em um cotidiano por vezes empobrecido e limitado pela doença. São muitas as dificuldades e sofrimentos envolvidos, porém é preciso continuar lutando, acreditando na vida e contribuindo para fazer deste processo fonte de crescimento, pois todas as adversidades podem ser superadas, e a luta pela vida com qualidade sempre vale a pena.

As contribuições dos dados levantados pela ABRALE trouxeram um aporte da realidade dos terapeutas ocupacionais brasileiros, que vem desenvolvendo sua atuação profissional neste campo, enriquecendo o conteúdo deste capítulo.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. *O que É o Câncer*. Disponível em: [http://www.inca.gov.br/conteudo\\_view.asp?id = 322](http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id = 322). Acesso em: 21/abr/2009.
2. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância de Câncer. *Estimativas 2008: incidência de câncer no Brasil*. Rio de Janeiro: INCA, 2007. 94p.
3. BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. *Câncer da Criança e Adolescente no Brasil: dados dos registros de base populacional e de mortalidade*. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância de Câncer. Rio de Janeiro: INCA, 2008. 220p.
4. BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. REDE CÂNCER. *Câncer entre Crianças e Adolescente Ganha Informações Inéditas*. Disponível em: [http://www.inca.gov.br/revistaredecancer/revista\\_rede\\_cancer\\_7/06\\_capa.pdf](http://www.inca.gov.br/revistaredecancer/revista_rede_cancer_7/06_capa.pdf). Acesso em: 28/março/2009.
5. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Portaria nº 2.439/GM de 08/12/2005. Política Nacional de Atenção Oncológica*. Brasil: Ministério da Saúde, 2005. 3p.
6. PARADA, R. et al. A política nacional de atenção oncológica e o papel da atenção básica na prevenção e controle do câncer. *Rev. APS (Rio de Janeiro)*, v. 11, n. 22, p. 199-206, abr/jun. 2008.
7. OTHERO, M. B. Terapia Ocupacional em Oncologia. In: CARVALHO, V. A.; FRANCO, M. H.; KÓVACS, M. J. et al. (Orgs.). *Temas em Psico-oncologia*. São Paulo: Summus, 2008, p. 456- 64.
8. NUCCI, N. Psicologia e cuidados paliativos: familiar e cuidador em pauta. In: *Curso para Cuidadores Formais em Saúde*. Campinas: Hospital e Maternidade Celso Pierro da PUC-Campinas. Nov, 2007, p. 38. CD ROM.
9. BALLARIN, M. L. G. S. Terapia ocupacional e cuidados paliativos: familiar e cuidador em pauta. In: *Curso para Cuidadores Formais em Saúde*. Campinas: Hospital e Maternidade Celso Pierro da PUC-Campinas. 2007. 47p. CD ROM.
10. ULYSSES DE CARVALHO, C. S. A necessária atenção à família do paciente oncológico. *Revista Brasileira de Cancerologia*. Rio de Janeiro, v. 54, n. 1, jan./fev. 2008, p. 87-96.

11. PALM, R. D. C. M. *Terapia Ocupacional em Oncologia e Cuidados Paliativos*. In: IV Semana de Estudos de Terapia Ocupacional. Curitiba: UFPR, maio, 2009.
12. OTHERO, M. B.; DE CARLO, M. M. R. P. A família diante do adoecimento e da hospitalização infantil – desafios para a terapia ocupacional. São Paulo: *Prática Hospitalar*. Ano VIII, n. 47, set./out., 2006, p. 100-104.
13. TAKATORI, M.; OSHIRO, M.; OTASHIMA, C. O hospital e a assistência em Terapia Ocupacional com a população infantil. In: DE CARLO, M. M. R. P.; LUZO, M. C. M. *Terapia Ocupacional – Reabilitação Física e Contextos hospitalares*. São Paulo: Roca, 2004. Cap. 11, p. 256-275.
14. PENGO, M. M. B.; PALM, R. D. C. M. Terapia ocupacional em oncologia – princípios e bases. In: MARX, A. G.; BERGMANN, A. *Tratado Interdisciplinar em Oncologia: prevenção e tratamento das complicações do câncer*. São Paulo: Roca, 2009. (no prelo).
15. BOFF, L. *Saber Cuidar: ética da humana – compaixão pela terra*. Petrópolis: Vozes, 1999, p. 33.
16. REGO, S.; PALACIOS, M. A finitude humana e a saúde pública. *Cad. Saúde Pública*, (Rio de Janeiro), v. 22, n. 8, p. 1755-1760, ago. 2006.
17. FERRER, A. L.; SANTOS, W. A. Terapia ocupacional na atenção a pacientes com dor oncológica e em cuidados paliativos. In: DE CARLO, M. M. R. P.; QUEIROZ, M. E. G. *Dor e Cuidados Paliativos: terapia ocupacional e interdisciplinaridade*. São Paulo: Roca, 2008. Cap. 7, 146- 166.
18. MERHY, E. E. *Saúde: a cartografia do trabalho vivo*. São Paulo: Hucitec, 2002.
19. FEUERWERKER, L. C.; CECILIO, L. C. O. O hospital e a formação em saúde: desafios atuais. *Ciência & Saúde Coletiva*, (Rio de Janeiro: ABRASCO), v. 12, n. 4, p. 965-971, ago. 2007.
20. QUEIROZ, M. E. G. Equipe multiprofissional. In: *Curso Cuidadores: ensinando e aprendendo*. São Paulo: Instituto de Infectologia Emilio Ribas, 2005. p. 12. CD ROM.
21. UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO. *Curso de Terapia Ocupacional*. Disponível em: <www.fm.usp.br/to>. Acesso em: 25/jun./2009.
22. FERRARI, M. A. C. Lazer e ocupação no tempo livre na terceira idade. In: NETTO, M. P. *Gerontologia. A Velhice e o Envelhecimento na Visão Globalizada*. São Paulo: Atheneu, 2005. p. 98-105.
23. PENGO, M. M. B.; SANTOS, W. A. O papel do terapeuta ocupacional em oncologia. In: DE CARLO, M. M. R. P.; LUZO, M. C. M. *Terapia Ocupacional – reabilitação física e contextos hospitalares*. São Paulo: Roca, 2004. Cap. 10, 233-255p.
24. CASTRO, E. D.; LIMA, E. M. F. A.; BRUNELLO, M. I. B. Atividades humanas e terapia ocupacional. In: DE CARLO, M. M. R. P.; BARTALOTTI, C. C. *Terapia Ocupacional no Brasil. Fundamentos e Perspectivas*. São Paulo: Plexus, 2001. p. 41-59.
25. OTHERO, M. *Os Sentidos do Cotidiano: desafio no cuidado aos idosos e o papel do terapeuta ocupacional*. Disponível em: <http://www.portaldoenvelhecimento.net/pforum/cid8.htm>. Acesso em: 10/abril/2008.
26. QUEIROZ, M. E. G. Terapia Ocupacional. In: CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO. *Cuidado Paliativo*. OLIVEIRA, R. A. (org.). São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2008. p. 67-68.
27. ROMBE, P. G.; PALM, R. D. C. M. *A Atuação do Terapeuta Ocupacional na Assistência Integral aos Pacientes Oncológicos de um Hospital Universitário* In: XII ENCONTRO LATINO AMERICANO DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA E VIII ENCONTRO LATINO AMERICANO DE PÓS GRADUAÇÃO II ENCONTRO LATINO AMERICANO DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA JUNIOR, 2008. São José dos Campos. *Anais do XII Encontro Latino Americano de Iniciação Científica e VIII Encontro Latino Americano de Pós Graduação II Encontro Latino Americano de Iniciação Científica Junior*, 2008. p. 4, CD ROM.
28. PALM, R. C. M. Oncologia. In: GALVÃO, C.; CAVALCANTI, A. *Terapia Ocupacional – fundamentação & prática*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007. Cap. 52. p. 487-492.
29. COX, D. L. *Terapia Ocupacional e Síndrome da Fadiga Crônica*. São Paulo: Livraria Santos Editora, 2005. 183p.

30. HOPE. College of Occupational Therapists. *Occupational Intervention in Cancer*. London: College of Occupational Therapists, 2004. 24p.
31. ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE LINFOMA E LEUCEMIA (ABRALE). *Terapia Ocupacional na Oncologia*. OTHERO, M. B. (org.). Comitê de Terapia Ocupacional da Associação Brasileira de Linfoma e Leucemia. 2008. (mimeo).
32. PENFOLD, S. L. The role of occupational therapist in oncology. *Canc. Treat. Rev.*, v. 22, p. 75-81, 1996.
33. DE CARLO, M. M. R. P.; BARTALOTTI, C. C.; PALM, R. C. M. Terapia ocupacional em reabilitação física e contextos hospitalares: fundamentos para a prática. In: DE CARLO, M. M. R. P.; LUZO, M. C. M. *Terapia Ocupacional – reabilitação física e contextos hospitalares*. São Paulo: Roca, 2004. cap. 1, p. 3-28.
34. DE CARLO, M. M. R. P. et al. Terapia ocupacional em contextos hospitalares. São Paulo: *Prática Hospitalar*. Ano VIII, n. 43, jan./fev., 2006, p. 161-164.
35. MASTROPIETRO, A. P.; SANTOS, M. A.; OLIVEIRA, E. A. Sobreviventes do transplante de medula óssea: construção do cotidiano. *Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo, (São Paulo)*, v. 17, n. 2, p. 64-71, maio/ago. 2006.
36. GONÇALVES, F. R.; PALM, R. D. C. M. *A Contribuição da Terapia Ocupacional no Controle dos Sintomas: uma experiência no ambulatório de quimioterapia do hospital e maternidade Celso Pierro da PUC-Campinas*. In: IV SIMPÓSIO DE TERAPIA OCUPACIONAL, 2008. Ribeirão Preto, IV Simpósio de Terapia Ocupacional SP, 2008.
37. GONÇALVES, F. R. *Proposta de Atuação da Terapia Ocupacional no Serviço de Quimioterapia*. Campinas: Hospital e Maternidade Celso Pierro da PUC-Campinas, 2007. 15p.
38. BRASIL. Ministério da Saúde. Grupo Hospitalar Conceição. LOPES, J. M. C. *Manual de Assistência Domiciliar na Atenção Primária à Saúde*. Porto Alegre: Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição, 2003. 49p.
39. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Portaria nº2529/GM de 19/10/2006. Internação Domiciliar no âmbito do SUS*. Brasil: Ministério da Saúde, 2006. 3p.
40. BRASIL. Secretária Municipal de Saúde de Campinas. *O SAID e o Modelo Assistencial*. Disponível em: <[http://www.campinas.sp.gov.br/saude/unidades/sad/sad\\_modelo\\_assist.htm](http://www.campinas.sp.gov.br/saude/unidades/sad/sad_modelo_assist.htm)>. Acesso em: 15/mar/2009.
41. LOURENÇO, T. G. *Protocolo de Terapia Ocupacional*. Campinas: Hospital e Maternidade Celso Pierro – PUC-Campinas, 2008, 9 p.
42. SÖDERBACK, I.; PETTERSSON, I.; VON ESSEN, L.; STEIN, F. Cancer Patients' and their Physicians' Perceptions of the Formers' need for Occupational Therapy. *Scand. J. Occupat. Ther.*, v. 7., p. 77-86, 2000.
43. BURKHARDT, A. Oncologia: In PEDRETTI, L. W.; EARLY, M. B. *Terapia Ocupacional: capacidades práticas para disfunções físicas*. 5. ed. São Paulo: Roca, 2005. cap. 50, p. 1033-1043.
44. ARANTES, A. C. L. Q. Dor e câncer. In: In: CARVALHO, V. A.; FRANCO, M. H.; KÓVACS, M. J. et al. *Temas em Psico-oncologia*. 1. ed. São Paulo: Summus, 2008. p. 287-293.
45. ARANTES, A. C. L. Q.; MACIEL, M. G. S. Avaliação e tratamento da dor. In: OLIVEIRA, R. A.; CREMESP. *Cuidado Paliativo*. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2008. p. 370-391.
46. SILVA, J. A.; RIBEIRO-FILHO, N. P. Mensuração da dor clínica: escalas unidimensionais. In: *Avaliação e Mensuração da Dor: pesquisa, teoria e prática*. São Paulo: Funpec, 2006. cap. 13, p. 327-348.
47. SILVA, J. A.; RIBEIRO-FILHO, N. P. Mensuração da dor clínica: escalas multidimensionais. In: *Avaliação e Mensuração da Dor: pesquisa, teoria e prática*. São Paulo: Funpec, 2006. cap. 14, p. 349-390.
48. COOPER, J. *Occupational Therapy in Oncology and Palliative Care*. 2. ed. Oxford: John Wiley & Sons, 2006. 262p.
49. MACIEL, M. G. S. *Cuidados Paliativos na Prática*. ANCP – Programa de Educação Continuada. Fascículo 1. São Paulo: Academia Nacional de Cuidados Paliativos, 2008.

50. WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *The Solid Facts. Palliative Care*. DAVIES, E.; HIGGINSON, I. J. Milão: Tipolitografia Trabella Siri, 2004. 32p.
51. PESSINI, L. Vida e morte uma questão de dignidade. In: INCONTRI, D.; SANTOS, F. S. *A arte de morrer: visões plurais*. Bragança Paulista: Comenius, 2007. p. 159-171.
52. MASERA, G.; JANKOVIC, M.; SPINETTA, J. J. Introdução: curar não é a única forma de melhorar a qualidade de vida. In: CAMARCO, B.; KURASHIMA, A. Y. *Cuidados Paliativos em Oncologia Pediátrica: o cuidar além de curar*. São Paulo: Lemar, 2007. cap. 1, p. 17-22.
53. DE CARLO, M. M. R. P.; QUEIROZ, M. E. G.; SANTOS, W. A. "Terapia Ocupacional em dor e cuidados paliativos – princípios, modelos de intervenção e perspectivas" In: D. DE CARLO, M. M. R. P.; QUEIROZ, M. E. G. *Dor e Cuidados Paliativos – terapia ocupacional e interdisciplinaridade*. São Paulo: Roca, 2008. p. 126-145.
54. CARVALHO, R. T. *Cuidados Paliativos*. Apresentação na I Jornada de Cuidados Paliativos, São Paulo: Instituto Paliar, 2008.55. MACIEL, M. G. S. Definições e Princípios. In: CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO. *Cuidado Paliativo*. OLIVEIRA, R. A. (org.). São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2008, p. 15-32.
56. PINCZOWSKI, H.; DEL GIGLIO, A. Cuidados paliativos em pacientes com câncer. In: DEL GILGIO, A.; KALIKS, R. *Oncologia: análise de casos clínicos*, 2. ed. Barueri: Manole, 2007. Cap. 7, p. 61-71.
57. CAPONERO, R.; MELO, A. G. C. Cuidados paliativos. In: SOCIEDADE BRASILEIRA PARA ESTUDO DA DOR, 1. *Consenso Nacional de Dor Oncológica*. São Paulo: Associação Brasileira de Cuidados Paliativos, 2002. p. 103-112.
58. RODRIGUES, I. G. *Cuidados Paliativos: análise de conceito*. Ribeirão Preto: EERO/USP, 2004. 231p. (Dissertação) Mestrado – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, 2004.
59. TWYXCROSS, R. Medicina paliativa: filosofia y consideraciones éticas. *Acta. Bioet.*, v. 6, n. 1, p. 27-46, 2000.
60. REMEN, R. N. *Histórias que Curam. – conversas sábias ao pé do fogão*. São Paulo: Ágora, 1998. 63p.
61. DIAS, E. L.; WANDERLEY, J. S.; MENDES, R. T. *Orientações para Cuidadores Informais na Assistência Domiciliar*. Campinas: UNICAMP, 2002.
62. OTHERO, M. B.; COSTA, D. G. Propostas desenvolvidas em cuidados paliativos em um hospital amparador – terapia ocupacional e psicologia. São Paulo: *Prática Hospitalar*. Ano IX, n. 52, jul./ago., 2007, p. 157 – 160
63. QUEIROZ, M. E. G. Conforto psíquico. In: *Curso Cuidadores: ensinando e aprendendo*. São Paulo: Instituto de Infectologia Emilio Ribas. 2005. 25p. CD ROM
64. TRIFONI, D. N. *Enfoque da Terapia Ocupacional – estudo de caso*. Campinas, SP: Hospital e Maternidade Celso Pierro. Programa de Residência de Terapia Ocupacional em Contextos Hospitalares, 2007. 12p.