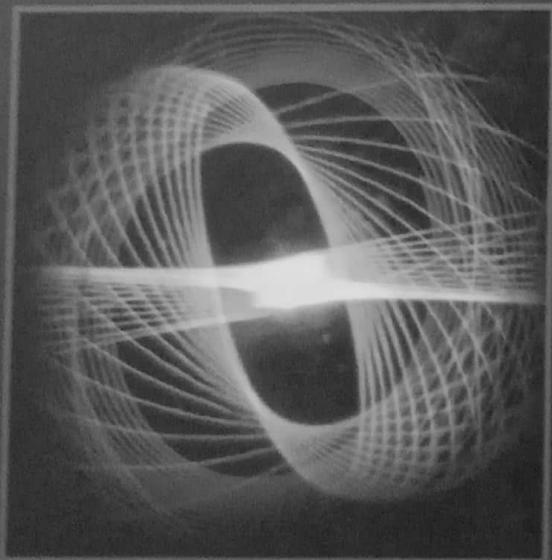


# Terapia Ocupacional Práticas em Oncologia

Organizadora  
Marilia Bense Othero



**ROCA**

# CAPÍTULO 13

## Assistência à Mulher com Câncer – a Experiência do Hospital Amaral Carvalho em Jaú – SP

Márcia Maria Shirley Boletti Pengo

### *INTRODUÇÃO*

O câncer de mama é a segunda neoplasia maligna mais frequente em mulheres. O diagnóstico e o tratamento têm uma abordagem invasiva, que podem comprometer a qualidade de vida das mulheres acometidas por tal doença no pós-operatório; relaciona-se à diminuição da mobilidade funcional com o membro superior do lado operado, que diz respeito a fazer coisas inerentes ao ser humano.

Devido à interrupção do cotidiano das pacientes, a terapia ocupacional propõe oferecer-lhes espaços de saúde, nos quais o fazer individual do sujeito possa acontecer e, quando possível, contribuir com a inserção das mesmas na vida social. Tendo como instrumento de trabalho as atividades para orientação, educação e construção de novas formas que melhor se adaptem às suas necessidades pessoais e profissionais – a terapia ocupacional intervirá, posteriormente, na reorganização da nova vida dessas pacientes, objetivando uma melhora na condição da saúde mental, física e ocupacional.

## APRESENTAÇÃO DA INSTITUIÇÃO E SUA EQUIPE

O Hospital Amaral Carvalho de Jaú tem como percurso quase um século de história que se inicia em 25 de dezembro de 1915, época em que o “coronel” Domingos Pereira de Carvalho e sua esposa, Anna Marcelina Campanhã de Carvalho, fizeram doação de terras e recursos para a construção de uma maternidade beneficente, tentando propiciar saúde e felicidade aos mais necessitados<sup>1</sup>.

Nascida filantrópica, na década de 1930, a Maternidade do Jahu logo evoluiu para hospital geral, devido à vocação e o excelente preparo técnico de Antonio Pereira do Amaral Carvalho, primeiro cidadão da cidade de Jaú graduado em medicina como cirurgião, clínico geral e ginecologista<sup>1</sup>.

No decorrer de toda trajetória, por volta dos anos 1960, Dr. Edwin Benedito Montenegro, neto do “coronel” Domingos e cirurgião geral, realizava especialidade em oncologia, na capital paulista, principalmente em gastroenterologia cirúrgica<sup>1</sup>.

A luta contra o câncer era antiga no Brasil. Em 1937, Getúlio Vargas criara, no Rio de Janeiro, o centro de cancerologia com a direção entregue ao médico, Dr. Mario Kröeff\*.

Em 1941, o centro seria transformado em Serviço Nacional do Câncer e, três anos depois, em Instituto do Câncer, o qual passaria a Instituto Nacional do Câncer (INCA). Em 1961, propiciaria a formação de recursos humanos especializados em todo país. Dr. Edwin imprimiu ao Hospital e Maternidade Amaral Carvalho modernidade e novo ritmo; entre outras boas práticas hospitalares, o uso de arquivos médicos, protocolos integrados, traqueostomia e Unidade de Terapia Intensiva (UTI)<sup>1</sup>.

Nessa época, não havia nenhum hospital no interior do Estado de São Paulo especializado em câncer, ao passo que já havia hospitais gerais e maternidades nas principais cidades do interior o que obrigava o sistema público de saúde, centralizado a partir de 1967 no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), a encaminhar para a capital as ocorrências oncológicas.

\* Mario Kröeff é médico e considerado o iniciador do INCA, idealizador, fundador e primeiro diretor nacional de câncer (1938-1954).

Para melhor atender à necessidade oncológica regional, Dr. Edwin deu início à especialização do Hospital e Maternidade Amaral Carvalho em oncologia médica. Conseguiu um primeiro equipamento convencional de radioterapia conveniado ao sistema público de saúde, iniciando, dessa forma, a transformação no primeiro hospital especializado em câncer do interior paulista, mantendo a missão original de assistência à saúde e promoção de bem-estar da população carente, enfocando exclusivamente oncologia médica, cuja especialidade ainda estava se desenvolvendo no mundo todo<sup>1</sup>.

Em 1973, inicia-se uma campanha para angariar fundos e preparar a instituição para receber a primeira bomba de cobaltoterapia do interior paulista, cedida pelo Hospital A. C. Camargo\*. Diante desse crescimento, novos profissionais de várias especialidades associadas à oncologia médica foram chegando para ampliar os recursos de tratamento.

Com o trabalho em equipe, na metade da década de 1970, cujos saberes enriqueceram as análises clínicas de cada procedimento, inicia-se a expansão dos leitos que vão de 50 para mais de 200, tornando-se o maior centro oncológico do interior paulista. Em 1975, passou a ser denominado apenas Hospital Amaral Carvalho. Devido à demanda de pacientes oriundos de outras cidades e regiões, fundou-se a Sociedade de Serviço Social Amaral Carvalho para proporcionar estada aos pacientes do sexo masculino e feminino aos procedimentos de tratamento ambulatorial. Assim, foi implantada a primeira casa de repouso denominada Santa Inês. Com esse procedimento, evitava-se a exposição dos pacientes em tratamentos rotineiros, nas enfermarias, com doentes mais graves.

Por volta dos anos 1980 e com o crescimento da instituição, reacende um novo grupo de voluntárias, com o objetivo de apoiar o paciente e com o intuito de arrecadar alimentos e remédios para os que voltavam à cidade de origem após tratamento.

---

\* A. C. Camargo é um hospital de referência em câncer localizado na cidade de São Paulo. Para maiores informações: [www.hcanc.org.br](http://www.hcanc.org.br).

Com o passar do tempo, mudanças foram ocorrendo e, a partir do Conselho Curador da Fundação Amaral Carvalho, houve alteração no estatuto da Fundação com a finalidade de criar a Entidade de Assistência Social Anna Marcelina de Carvalho, nome escolhido pelo fato de a mesma, juntamente com seu marido, ter sido a doadora do terreno após uma simples conversa em família no dia de Natal.

Com a ampliação dos trabalhos, a entidade passou a dar assistência aos pacientes enviados ao Hospital Amaral Carvalho, oriundos de inúmeras cidades paulistas, acarretando maiores necessidades para provê-los de medicamentos, alimentos, roupas e hospedagem.

Com todo esse crescimento foi necessário a contratação de uma assistente social para cuidar de toda assistência ao paciente carente.

Iniciaram-se as inscrições para as primeiras voluntárias ao trabalho cujo chamado ocorreu a partir de rádios e jornais. O grupo inscrito obteve orientações da assistência social. Com o crescimento do grupo e das necessidades dos pacientes, houve a necessidade de uma divisão em subgrupos de acordo com o perfil de seus integrantes. Esses subgrupos começaram a atuar na pastoral, estética, no projeto *clown*, no Projeto AmaraLendo: vidas, sonhos, realizações, nos chás e bolachas servidos pelos corredores do hospital, no bazar permanente, na confecção de próteses mamárias para pacientes mastectomizadas (próteses para colocação em sutiã), de fraldas infantis e geriátricas, nas visitas domiciliares, na separação de doações, nas promoções de festas em datas comemorativas para crianças e adultos internos, no McDia Feliz (desde 1999) e no projeto felicidade.

Em 1978, inicia-se a residência médica na área de oncologia, vinculada à Faculdade de Medicina de Botucatu. Dr. José Roberto F. Caldeira, em outubro de 1984, passou a responder pelos serviços de mastologia do Hospital Amaral Carvalho, enfrentando um desafio, pois a especialidade praticamente era desconhecida por médicos no interior e, principalmente, por pacientes. Segundo Dr. Caldeira, foi um “desbravamento” da mastologia no interior do estado de São Paulo, fora dos grandes

centros médicos e da capital. Hoje, o departamento de mastologia é composto por mais dois médicos especializados na área e também por residentes, sendo um centro de referência em todo o Estado de São Paulo, como também em outros Estados do país, atendendo uma média de 500 novos casos ao ano pelo Sistema Único de Saúde (SUS), pelos convênios e particulares.

Em 1994, surgiu o hemonúcleo Regional de Jaú integrado ao hemonúcleo de Marília e, depois, ao hemonúcleo de Botucatu, sendo o único hemonúcleo brasileiro instalado fora de hospital público e de faculdade de medicina.

Após a implantação do setor de transplante de medula óssea, em 1996, inicia-se o serviço de transplante de células-troncos hematopoiéticas, atendendo a pacientes de todo o país. Devido ao fato de esses pacientes necessitarem permanecer na cidade por causa do tratamento, inicia-se um grupo para coordenação da ação social, otimizando novos grupos de voluntários na assistência aos pacientes, familiares e doadores, na chegada ao hospital, durante e após tratamento. O volume de atendimento desses pacientes é grande. Em 2005, 166 transplantes foram realizados, sendo recordista no Brasil. Até 2008, foram realizados no Hospital Amaral Carvalho 1.093 transplantes de células-troncos hematopoiéticas, entre eles alogênico aparentado e não aparentado, autólogo das fontes de medula óssea, sangue periférico e cordão umbilical.

Também, em 1996, iniciou-se um trabalho de coordenação de assistência social em todas as cidades do interior paulista para organizar grupos de apoio à prevenção e combate ao câncer. Para reunião dos grupos de voluntários de todas as cidades, foi implantado o dia do voluntário que ocorre uma vez por ano na cidade de Jaú, reunindo aproximadamente 87 cidades, sendo duas fora do Estado de São Paulo. Durante o evento, os voluntários assistem às palestras para maior conhecimento do trabalho com os pacientes e familiares.

Em 1988, é firmado um convênio com a Fundação Educacional Dr. Raul Bauab, do Jaú, para curso de pós-graduação em enfermagem em oncologia.

Ainda pensando em melhoria na área médica, o hospital estabeleceu, em 1990, um intercâmbio de corpo técnico-

-científico com a Faculdade de Botucatu (Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” [UNESP]) para residência médica e também com a Universidade de São Paulo (USP).

Além de o hospital ampliar toda rede de recursos na área médica, já se pensava, na época, em prestar um trabalho mais humanizado aos seus pacientes, pensando-se em ampliar os serviços de apoio ao paciente oncológico.

Além da equipe já existente, na década de 1980, com psicóloga clínica e de recursos humanos, assistente social e fisioterapeuta, percebeu-se a necessidade da contratação de uma terapeuta ocupacional para atuar junto à pediatria, contratação concretizada em 1984 quando o hospital entende e acata a sugestão das profissionais.

Com o passar dos anos, o departamento foi crescendo e o hospital foi obtendo mais recursos para contratar a segunda terapeuta ocupacional em 2002. Entre 2007 e 2008, o hospital contratou mais três terapeutas ocupacionais devido ao crescimento e solicitações médicas ao serviço. Hoje, o hospital possui quatro terapeutas ocupacionais que atendem às necessidades dos pacientes e solicitações médicas em sua totalidade.

Em 2006, nasceu o Centro de Apoio aos pacientes carentes, espaço no qual acompanhantes, motoristas e pacientes recebem atendimento diário por serem de outra cidade.

O Espaço Cultural Amaral Carvalho (ECAC) surgiu de direito, com a alteração estatutária da Fundação Dr. Amaral Carvalho que foi aprovada em 12 de fevereiro de 2003. Porém, o embrião do ECAC surgiu no início da década de 1990 quando se iniciou o trabalho de reconstrução da preservação da memória cultural da instituição Fundação Amaral Carvalho (FAC) ao reunir e formatar nosso acervo documental e fotográfico. Pode-se dizer que o ECAC surgiu da comunidade e para a comunidade. As atividades desenvolvidas surgem das necessidades da comunidade Amaral Carvalho que, hoje, já ultrapassa os muros do hospital e se mistura com a população jauense, como também em outras tantas cidades que são abrangidas pelas Ligas do Voluntariado de Combate ao Câncer. Enfim, trabalhar a cultura nos diversos segmentos,

dentro e fora da Fundação Dr. Amaral Carvalho e de Jaú, é o objetivo maior daqueles que, conscientizados, buscam contribuir para um mundo mais humanizado.

O hospital recebeu prêmios que o qualificam entre os melhores hospitais oncológicos que realizam tratamento pelo SUS<sup>2</sup>.

## *HISTÓRIA DA INSERÇÃO DA TERAPIA OCUPACIONAL E MOMENTO ATUAL*

Como responsável pelo Setor de Terapia Ocupacional do Hospital Amaral Carvalho (Jaú-SP), vejo este trabalho como um compromisso para divulgar minha experiência entre tantas outras neste livro, para proporcionar mais informações para a construção de nossa profissão como terapeutas ocupacionais. Ao longo dos meus 29 anos de formada e 25 anos de trabalho em oncologia, minha experiência foi pautada em muitas dificuldades na busca e implantação de conhecimentos teórico-científicos, uma vez que não tive, em minha formação acadêmica, conhecimento da área. Em 1984, iniciei um trabalho-piloto dos serviços de terapia ocupacional na área oncológica, no único hospital oncológico do interior do Estado de São Paulo, sendo também a primeira terapeuta ocupacional de Jaú e região, na década de 1980.

A instituição desconhecia esse trabalho e tampouco existiam terapeutas ocupacionais atuantes nessa área. Fui convidada a apresentar um projeto objetivando o atendimento às crianças internadas na pediatria, pois o hospital recebia crianças de várias localidades e as mesmas permaneciam internadas por longos períodos. A contratação da terapeuta ocupacional não era simples, pois o hospital teria que abrir um departamento e, para os diretores, essa área era ainda desconhecida. Surgiu, então, a partir do grupo de voluntárias, uma proposta para a contratação da terapeuta ocupacional, uma vez por semana, para verificação da sua importância junto à Pediatria. Assim, fui contratada em caráter experimental, após a apresentação da proposta de trabalho sobre terapia ocupacional em pediatria oncológica.

## Assistência em Pediatria

O trabalho era somente com crianças e adolescentes cujos atendimentos aconteciam às quartas-feiras. O número de crianças era muito pequeno e os atendimentos aconteciam em uma sala, na enfermaria. Todo material necessário para a terapia foi arrecadado pelas voluntárias que não mediram esforços para consegui-los.

A principal preocupação, em pediatria, é deixar a criança ser criança, poder escolher seus jogos e encontrar amigos para que tenha uma boa saúde mental e, ao retornar ao seu meio social, educacional e do brincar, possa continuar sua rotina de forma mais saudável possível, de preferência, com possibilidades ampliadas a partir da estimulação do brincar e do aprender brincando, que permitem um espaço mais saudável dentro da instituição e também propondo a descaracterização do espaço hostil que apresenta o hospital, na fase da internação. O clima de atendimento na pediatria é terapêutico também para os pais, quando veem seus filhos brincando e alegres<sup>3</sup>. O instrumento fundamental da terapia ocupacional são as atividades que proporcionam ajuda imediata ao paciente no aspecto físico, emocional, educacional, organizacional e profissional; quando necessário, utilizar tecnologia assistiva para facilitar o desempenho da criança em suas atividades, nos momentos em que o câncer traz comprometimentos e limitações.

Após um ano de trabalho (1985), toda equipe médica e administrativa percebe as mudanças nas crianças, quando há atuação da terapia ocupacional, mudanças essas no estado saudável e também melhora no quadro físico, enquanto a conduta medicamentosa era a mesma. Constatou-se também que as mesmas solicitavam o terapeuta ocupacional em outros períodos.

Após esse período de experiência e com os resultados positivos observados pela equipe, a diretoria administrativa contrata, efetivamente, a terapeuta ocupacional, agregando-a à equipe multidisciplinar do Hospital Amaral Carvalho de

Jaú para atuar em todos os dias da semana, não somente às quartas-feiras. Logo após, a pediatria é ampliada, mudando de local. A terapia ocupacional ganha um novo espaço com a proposta de ampliar os atendimentos a outros setores. A sala da terapia ocupacional era batizada pelas crianças como escolinha, apontando/indicando a necessidade de dar continuidade à sua escolaridade, uma vez que era interrompida devido à baixa resistência imposta pelo tratamento e por ser um tratamento de longa duração. Uma das áreas em que a interface entre educação e saúde se dá na terapia ocupacional é a educação especial em que está inclusa à classe hospitalar<sup>4</sup>.

## *PARTICIPAÇÃO EM PROJETOS INSTITUCIONAIS*

Os projetos institucionais, ou seja, aqueles que não estão ligados ao processo terapêutico, não envolvem a terapeuta, a atividade e o paciente em atividades destinadas a promover o restabelecimento do paciente e o máximo uso de suas funções, com o propósito de ajudá-lo na transformação do seu fazer no cotidiano. No entanto, a participação da terapeuta na elaboração desses projetos foi e é de grande valia para o hospital, seu trabalho corrobora para efetivá-los, por ser a profissional conhecedora global da importância da inserção social do indivíduo, principalmente em benefício do paciente oncológico.

## *Estagiárias do Magistério*

Com todo apoio do hospital e da dirigente regional de ensino, inicia-se o processo para implantação da classe hospitalar. Porém, devido à burocracia da época e às exigências apresentadas pelo Estado, haveria demora na implantação da classe hospitalar, levando à proposição de uma parceria com a Diretoria Regional de Ensino de Jaú, por meio das alunas do Centro de Formação e Aperfeiçoamento do Magistério (CEFAM), no intercâmbio do conteúdo pedagógico com as crianças em idade escolar.

## Recreadoras

Nos dias em que não havia estágio das alunas do magistério, as crianças solicitavam à terapeuta ocupacional atividades de ensino/aprendizagem, tais como jogos e brincadeiras não ligados ao processo terapêutico. Assim sendo, a terapeuta implanta um projeto para contratação de recreadoras com curso de magistério ou pedagogia para atuarem na pediatria do hospital, evitando o ócio causado pela própria internação. A terapeuta orienta a pedagoga nas adaptações das brincadeiras no âmbito hospitalar. Hoje, existe uma pedagoga para os atendimentos no ambulatório e na pediatria, trabalho esse supervisionado pelo departamento de terapia ocupacional.

Esse projeto foi de fundamental importância para os pacientes, uma vez que, atendendo às várias faixas etárias e diferentes níveis educacionais, proporcionou-lhes um atendimento mais personalizado e humanizado, facilitando o trabalho do terapeuta ocupacional.

## Classe Hospitalar Estadual

Com as mudanças no ensino, os estágios com as alunas do CEFAM foram interrompidos. Uma nova luta para aprovação da classe hospitalar tem início e, em 2004, a mesma foi aprovada. As professoras responsáveis pela garantia do aprendizado das crianças mantêm contato com as escolas para dar continuidade ao conteúdo trabalhado, realizando provas caso a criança estivesse internada, não ocorrendo, assim, prejuízo do ano letivo. Verificando-se a importância desse trabalho e com o aumento de crianças em tratamento, hoje o hospital tem duas classes que funcionam, uma no período da manhã e outra à tarde. A terapia ocupacional do hospital participou, em parceria com professores, na elaboração do conteúdo adaptativo, objetivando flexibilidade curricular e várias metodologias aplicadas na escola regular<sup>4</sup>. Sendo o terapeuta ocupacional parte da equipe, sua participação é fundamental e necessária nessa adaptação, bem como nas especificidades do desenvolvimento infantil, na importância do fazer humano e autonomia, aprendizagem, ergonomia e nas oportunidades de integração social.

## Enfermeiros da Alegria

Em 2001, percebeu-se a importância do palhaço no hospital para resgatar a alegria das crianças, acreditando-se ser um facilitador para os profissionais. Os estímulos presentes no ambiente hospitalar nem sempre são causadores de sensações positivas, geralmente, estão permeados por medo, angústia e sofrimento.

Quando algo é trazido para esse ambiente, gerando estranhamento e “caos”, provocando movimento, de maneira a despertar alegria, risos e possibilitar o brincar, o contexto passa a ser totalmente diferente. As experiências lúdicas numa situação de internação tornam-se contínuas no cotidiano da criança e, no objetivo final do *clown*, passam a fazer parte da realidade interna da mesma, em meio às fantasias e imaginações, impulsionando a transposição destes momentos para outros espaços, fora dos limites hospitalares, momento em que a terapia ocupacional coordena as oficinas de preparo desses personagens facilitando a inserção dos mesmos no hospital e na atuação, por meio de parcerias com os profissionais, a fim de ministrarem oficinas de teatro, música, terapia corporal, mágica<sup>5</sup>.

## AmaraLendo: Vidas, Sonhos e Realizações

Realizado por meio do setor de Terapia Ocupacional com as crianças em tratamento na pediatria e no transplante de medula óssea. O objetivo do projeto é proporcionar às crianças momentos de entretenimento em atividades prazerosas, no processo de humanização hospitalar, contando com professoras voluntárias na área de literatura, arte e língua inglesa, além de permitir sua interação com a realidade de mundo objetivo e subjetivo, despertar o gosto literário, levando-as às vivências lúdicas e, conseqüentemente, a exporem-se de forma saudável e segura diante do novo.

## PACIENTES MASTECTOMIZADAS E TERAPIA OCUPACIONAL

Por volta de 1986, há o início do trabalho com as pacientes mastectomizadas que permaneciam no hospital para o trata-

mento de radioterapia. Durante os atendimentos, pude observar as dificuldades apresentadas por elas no cuidado pessoal com o braço do lado operado, as mesmas sentiam-se “inválidas” devido às limitações impostas pela patologia e informações advindas de várias áreas (se realizassem movimentos com o braço poderiam ter linfedema). Diante dessas informações, foi apresentada ao responsável pela área de mastologia, Dr. José Roberto F. Caldeira, uma proposta de trabalho da terapia ocupacional para dar início às terapias no leito do hospital. Tinha como objetivo orientar as pacientes nas primeiras mobilidades funcionais, nas atividades do fazer humano, para sua maior independência, inserção no seu meio social e de trabalho. Segundo Dr. Caldeira, seria de grande valia para as pacientes e também preencheria a lacuna entre informações e pacientes, completando assim a equipe multidisciplinar que era composta de fisioterapeuta, psicóloga e assistente social.

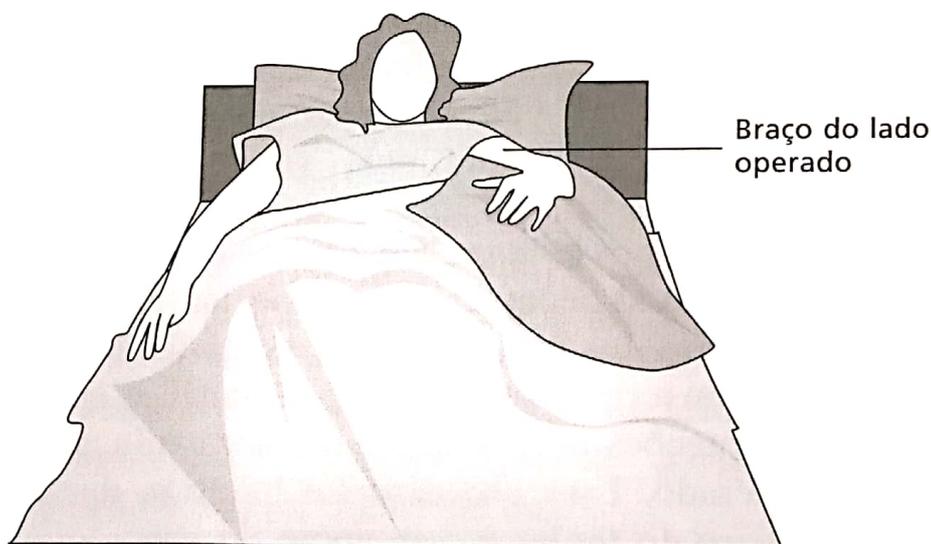
Após apoio e parceria encontrados na clínica médica de mastologia, também foram feitas pesquisas de referências bibliográficas para averiguar se havia terapeutas atuantes e qual a melhor forma de abordagem a essas pacientes. Porém não encontrei nenhuma referência, na época. Partindo para atuação na prática, pude observar, nos atendimentos, que as pacientes eram orientadas pelas voluntárias ex-mastectomizadas, por meio de *folders*. Após tomar conhecimento das informações nos *folders*, foi observado que as orientações não atingiam as necessidades das pacientes, tanto no âmbito de exercícios quanto no de fazer as atividades do lar, no dia a dia. Foram recolhidos os *folders* para análise, enriquecendo-os com adaptações necessárias à melhor evolução do braço do lado operado. Esse processo foi longo e, durante o tempo do preparo do *folder* e com apoio do mastologista, foi gravado um vídeo para apresentação às pacientes sobre a cirurgia de mama e os cuidados que deveriam ter com o braço para evitarem maiores complicações.

As pacientes eram reunidas no departamento de terapia ocupacional, no pós-operatório, para assistirem ao vídeo e esclarecerem dúvidas sobre dificuldades que apresentavam sobre as

atividades que fariam com o braço do lado operado. Durante a longa trajetória, pude aprender com as pacientes a melhor conduzir os meus atendimentos, buscando recursos científicos.

Este é um trabalho pioneiro em terapia ocupacional. No curso de especialização em Reabilitação da Mão e Membro Superior (Instituto de Ortopedia e Traumatologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP [HC/FMUSP]), foi possível constatar que não havia terapeutas ocupacionais atuando na área e, assim, a divulgação do trabalho passa ser uma responsabilidade profissional, a fim de contribuir para a assistência à mulher mastectomizada de outras instituições. São aulas e palestras em diversos centros de ensino e tratamento; o *folder* elaborado é levado para o Centro Estadual de Oncologia (CICAM – Governo da Bahia/Secretaria da Saúde) e implantado como orientação padronizada para as pacientes pós-mastectomia<sup>6</sup>.

O guia será aqui apresentado (Figs. 13.1 a 13.27) e deve, portanto, ser considerado como parte do tratamento de terapia ocupacional com tais pacientes, mas estas orientações não dispensam tratamento do terapeuta ocupacional.

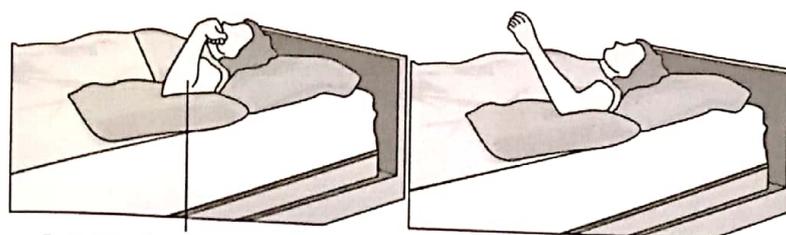


**Importante:** Posicione o seu braço ligeiramente afastado, no travesseiro, mantendo-o plano inclinado acima do nível do corpo.

**Para quê?** Melhorar o retorno sanguíneo. Evitar edema (inchaço).

**Observação:** Todas as vezes que estiver deitada, mantê-lo nessa posição.

**Figura 13.1** – Primeiro dia do pós-operatório. Posicionamento no leito. Posicionamento do braço operado.



Braço do lado operado

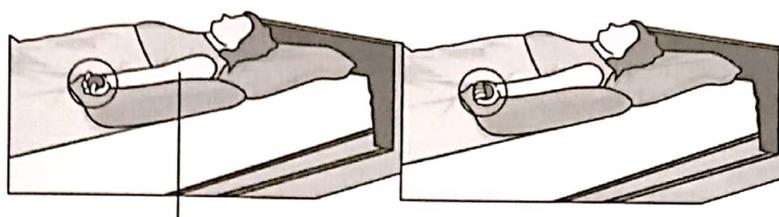
**Exercício:** Dobrar e esticar o cotovelo, punho e dedos.

**Procedimento:** Repita, suavemente, cada movimento 10 vezes e faça esse exercício 3 vezes ao dia.

**Para quê?** Melhorar a circulação e a mobilidade articular.

**Figura 13.2** – Exercício nº 1.

Mão



Braço do lado operado

**Material:** 1 bolinha macia.

**Exercício:** Apertar, vagarosamente, a bolinha por 5min, 3 vezes ao dia.

**Procedimento:** Manter o braço esticado. Apoiar no travesseiro. Com a bolinha na mão inicie o exercício. Fazer por 5min, 3 vezes ao dia.

**Para quê?** Melhorar o retorno sanguíneo.

**Figura 13.3** – Exercício nº 2. Mão.

Levantar com apoio do lado não operado

**Procedimento:**

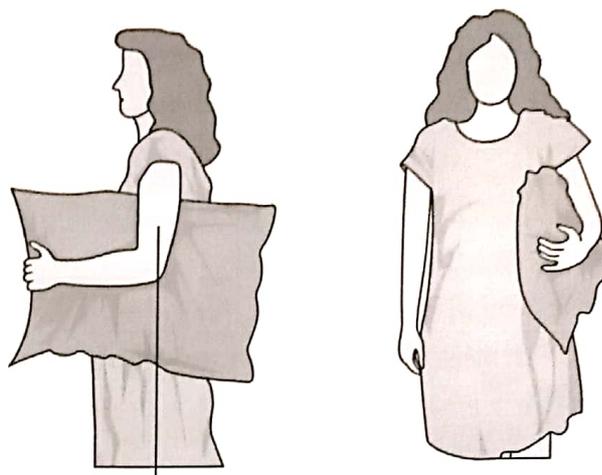
1. Mantenha o braço do lado operado sobre o abdome.
2. Apoie o outro braço na cama.
3. Impulsione o tronco e apoie o peso do lado não operado.
4. Sente-se.
5. Se estiver insegura, solicite alguém do seu lado.



**Observação:**

Se ficar difícil tente outras vezes. Você é capaz!

**Figura 13.4** – Segundo dia do pós-operatório. Levantar-se do leito sozinha.



Braço do lado operado

**Exercício:** Caminhar.

**Local:** No quarto ou pelo corredor do hospital.

**Braço:** Posicionar com um travesseiro.

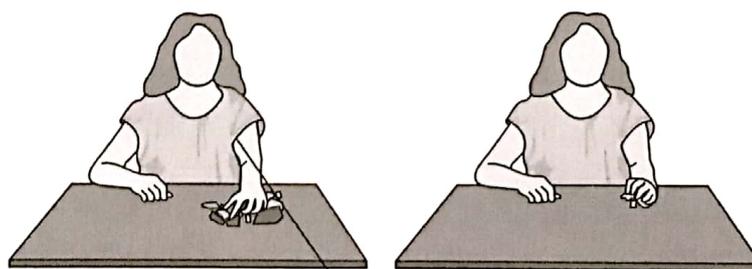
**Para quê?**

- Melhorar a circulação.
- Facilitar a eliminação de secreção pelo dreno.
- Melhorar o “astral” (autoestima).

**Observação:**

Faça pelo menos 3 vezes ao dia pelo tempo que se sentir bem.

**Figura 13.5** – Caminhar. Braço posicionado.



Braço do lado operado

**Exercício:** Amassar papel.

**Material:** Revista

**Procedimento:**

1. Sente-se de frente para a mesa com 10 folhas de revista sobre ela.
2. Amasse as 10 folhas, uma a uma.
3. Repita 2 vezes ao dia.

**Para quê?**

Melhorar o retorno sanguíneo, trabalhar os músculos da mão e do antebraço.

**Figura 13.6** – Exercício com papel.



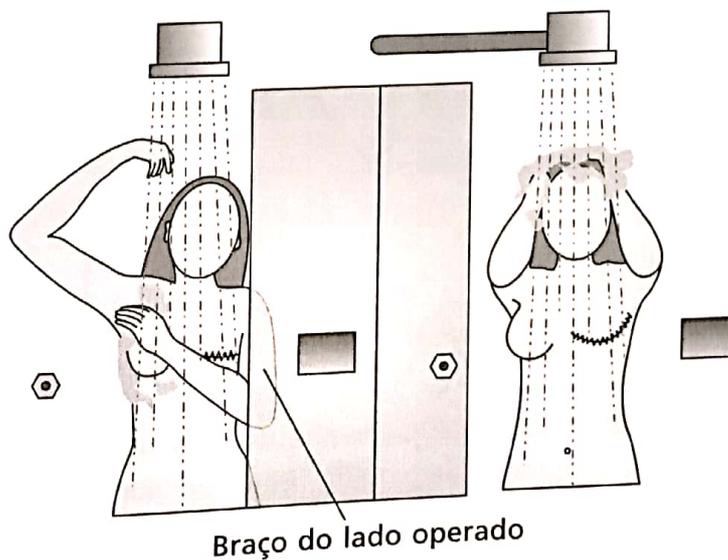
**Higiene Pessoal:** Escovação dos dentes.

Se o seu braço do lado operado é o que você mais usa, poderá usá-lo na escovação.

**Observação:**

Utilize basicamente o movimento do cotovelo.

**Figura 13.7** – Escovação dos dentes.



978-85-7241-879-9

**Higiene pessoal:** Banho. Você pode realizá-lo sozinha, sem ajuda.

**Procedimento:**

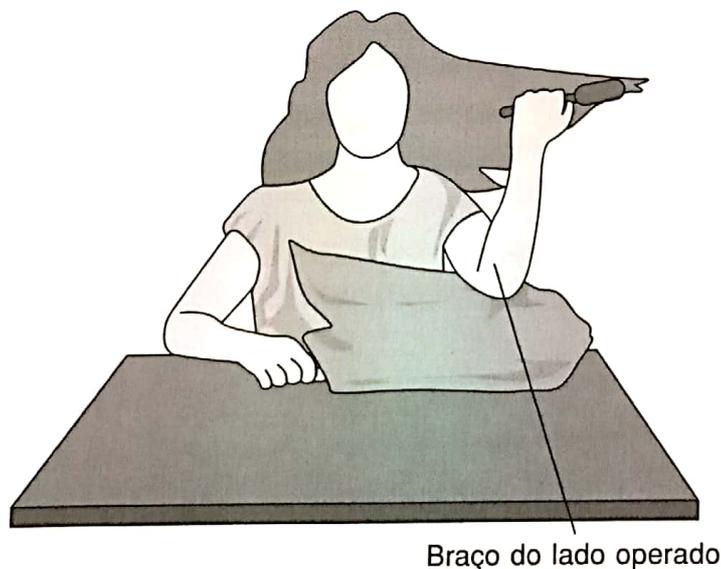
1. Mantenha o braço operado com movimentação apenas do cotovelo para baixo e pouca movimentação do ombro.
2. Utilize o outro braço para se ensaboar ou quando for realizar grandes movimentos.

**Figura 13.8** – Banho.



- Utilize garfo e faca normalmente.
- Se o braço que leva o alimento à boca é o do lado operado, pode usá-lo normalmente

**Figura 13.9** – Alimentação. Utilize os dois braços.



Se o braço que você mais usa é o do lado operado, use-o normalmente para pentear-se.

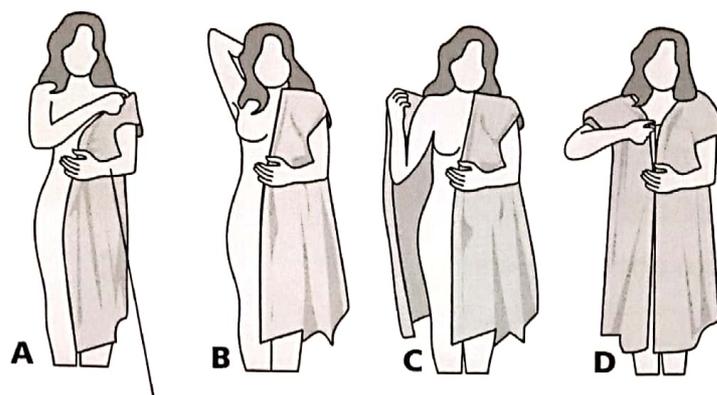
**Procedimento:**

1. Apoie um travesseiro sobre a mesa e inicie sua escovação.
2. Essa postura pode ser utilizada como forma de exercício.

**Observação:**

Se o braço que mais usa para pentear-se não for o lado operado, use-o normalmente.

**Figura 13.10** – Pentear-se.



Braço do lado operado

A) Inicie colocando a manga no braço do lado operado.

B) Puxe para colocar o outro braço.

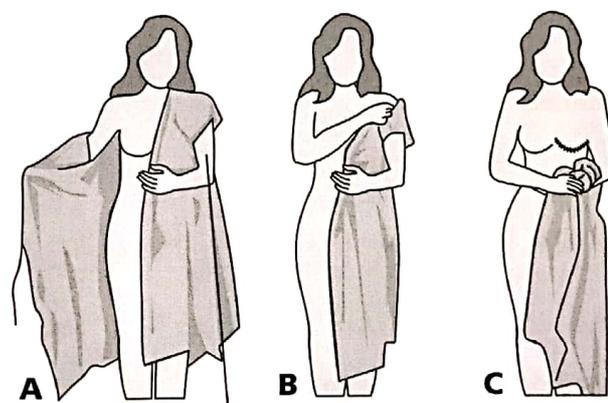
C) Coloque o braço do lado não operado.

D) Abotoe.

**Lembre-se:**

Você é capaz de se cuidar sozinha!

**Figura 13.11** – Vestir blusa aberta.



Braço do lado operado

A) Inicie tirando o braço do lado não operado de dentro da blusa.

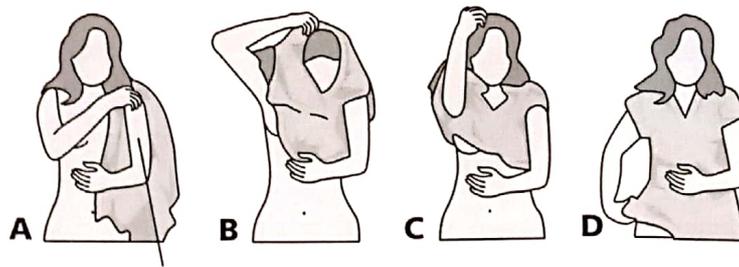
B) Puxe com a mão a manga da blusa do lado operado.

C) Retire a blusa.

**Lembre-se:**

Você pode tirar sua roupa sozinha.

**Figura 13.12** – Despir blusa aberta.



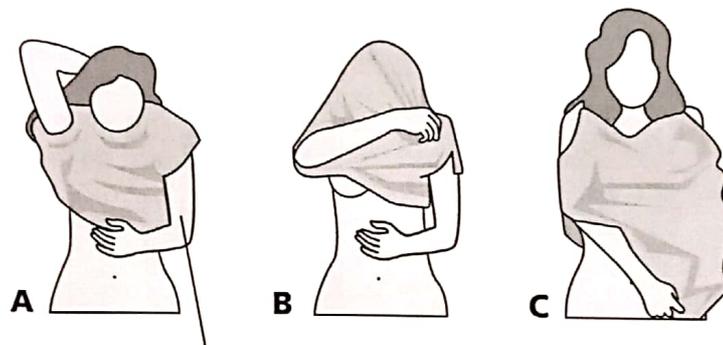
Braço do lado operado

- A) Comece colocando a manga pelo braço do lado operado.
- B) Passe a cabeça pelo decote.
- C) Coloque o outro braço.
- D) Você está vestida.

**Lembre-se:**

Você pode colocar uma blusa fechada.

**Figura 13.13** – Vestir blusa fechada.



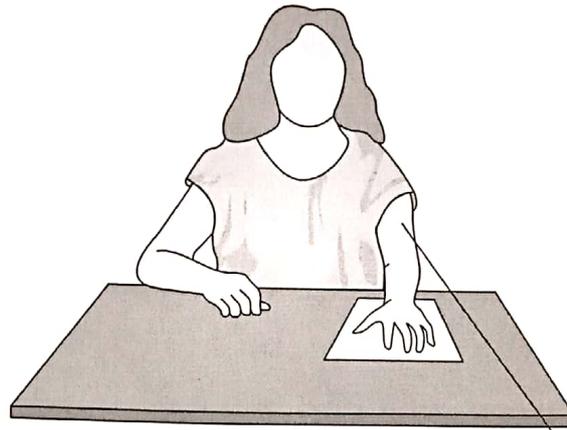
Braço do lado operado

- A) Puxe a blusa pelas costas com o braço do lado não operado.
- B) Retire o decote.
- C) Puxe as mangas.

**Lembre-se:**

Você pode tirar sua blusa fechada, veja como é fácil.

**Figura 13.14** – Despir blusa fechada.



Braço do lado operado

Após o terceiro dia do pós-operatório, você pode iniciar suavemente os movimentos com seu braço para exercitar o seu ombro.

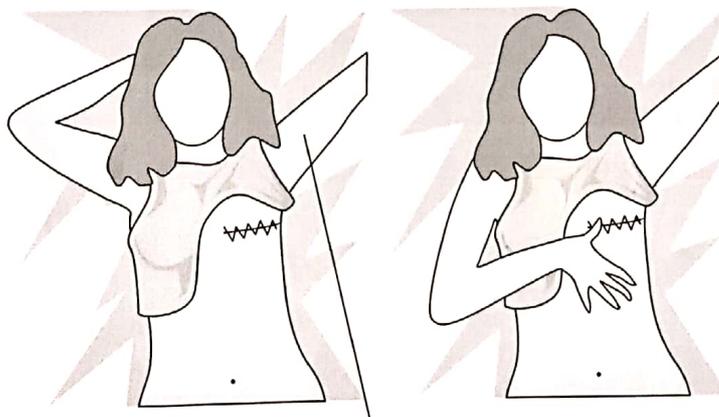
**Procedimento:**

1. Com uma folha sobre a mesa, deslize suavemente seu braço; do lado operado para frente, para trás e para os lados.
2. Repetir 10 vezes, 2 vezes ao dia.

**Observação:**

O mesmo exercício pode ser realizado com talco espalhado na mesa: o exercício não deve ser cansativo, por isso não exagere.

**Figura 13.15** – Terceiro dia do pós-operatório. Exercício de braço.



Braço do lado operado

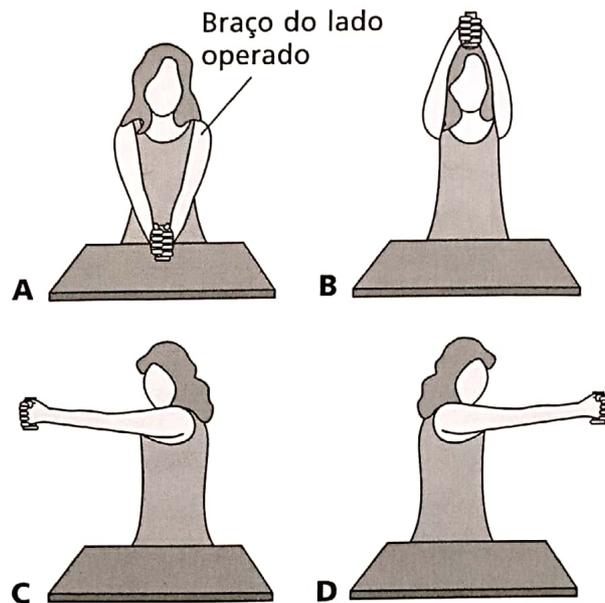
**Material:** Creme oleoso.

**Procedimento:**

1. Com o polegar da mão do lado não operado, realize movimentos circulares sobre a cicatriz, com um pouco de pressão.
2. Repetir 3 vezes ao dia, durante 15min.

**Para quê?** Para evitar retrações e aderência que podem ser causadas pela cicatrização, o que limitaria seus movimentos do lado do braço operado.

**Figura 13.16** – Após a retirada dos pontos. Massagem na cicatriz.

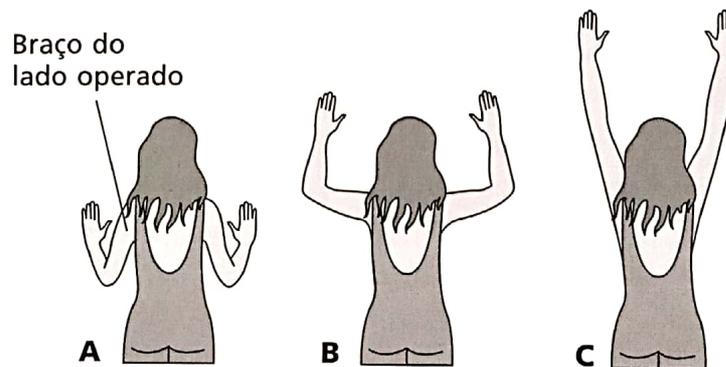


**Material:** Qualquer objeto.

**A)** Coloque um objeto qualquer sobre a mesa. Entrelace as duas mãos no objeto.

**B) – D)** Levante o objeto o mais alto possível e para os lados.

**Figura 13.17** – Exercício com os dois braços.



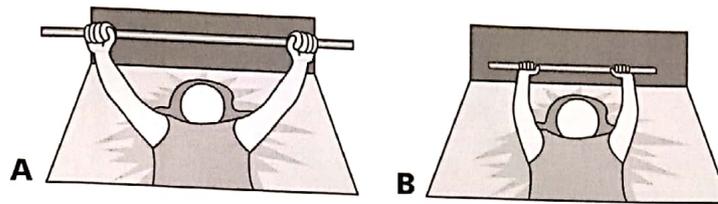
**Procedimento:**

**A)** Fique em pé, de frente para a parede, com os pés afastados um do outro e o mais próximo possível da parede. Com os cotovelos dobrados, coloque as palmas das mãos na parede, na altura do ombro.

**B) e C)** Vá subindo as mãos, devagar, até que os braços fiquem completamente esticados na parede. Volte ao ponto de partida.

**Observação:** A amplitude do movimento é conseguida um pouco por dia.

**Figura 13.18** – Exercícios na parede.



**Material:** Cabo de vassoura.

**Exercício:** Realizar com as duas mãos.

**Procedimento:**

A) Deite-se na cama e segure o bastão com distância aproximada de 60cm entre as mãos.

B) Vá movimentando para cima até conseguir levá-lo atrás da cabeça. Trabalhe com o bastão de um lado ao outro.

**Para quê?** Trabalhar edema (inchaço); evitar retração da cicatriz; ganhar amplitude de movimento.

**Figura 13.19** – Exercício com bastão.



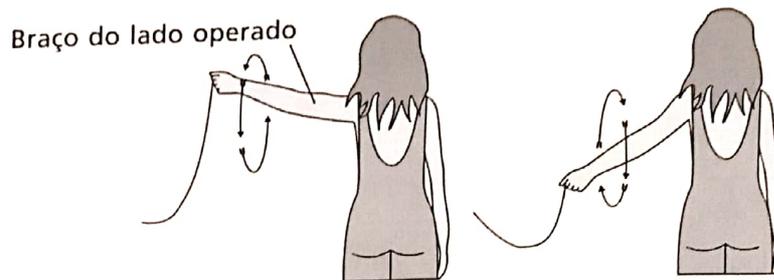
**Material:** Palito de sorvete, 1,50m de barbante.

**Procedimento:**

1. Pegue o pedaço de barbante e amarre, em cada ponta, um palito de sorvete.
2. Passe o barbante sobre uma porta.
3. Sente-se bem posicionada em uma cadeira, deixe que a porta fique entre suas pernas.
4. Segurando cada palito de sorvete em uma mão, vá puxando o barbante de um lado para o outro.
5. Realize 10 séries, 2 vezes ao dia.

**Para quê?** Trabalhar edema (inchaço); evitar retração da cicatriz; realizar alongamento ganhar amplitude de movimento.

**Figura 13.20** – Exercício com polia.



**Material:** Um pedaço de barbante.

**Procedimento:**

1. Uma das pontas do barbante é amarrada na maçaneta da porta e a outra ponta é segurada por sua mão do lado operado.
2. Devagar, realize movimentos circulares, como se estivesse desenhando um círculo na porta.

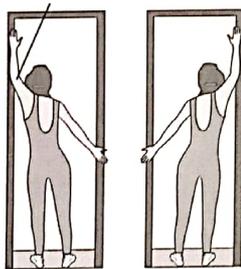
**Observação:**

Cuidado com postura, mantendo-se ereta; evite curvar o corpo para a lateral. Se possível, fique de frente para o espelho. Você vai ganhar amplitude de movimentos aos poucos.

978-85-7241-879-9

**Figura 13.21** – Exercício com barbante na maçaneta.

Braço do lado operado



**Exercício 1**

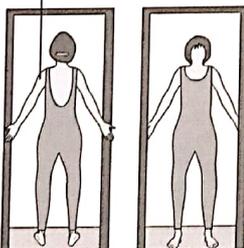
**Procedimento:**

1. Deslize seus braços alternadamente de um lado para outro.
2. Repita 10 vezes, 2 vezes ao dia.

**Para quê?**

Diminuir edema (inchaço); realizar alongamento e evitar retração da cicatriz.

Braço do lado operado



**Exercício 2**

**Procedimento:**

1. Mantenha-se em pé entre os batentes da porta.
2. Abra os braços para segurar os batentes.
3. Coloque um dos pés para frente com o joelho um pouco dobrado e outro para a trás, com o joelho esticado.
4. Traga o corpo para frente, forçando-o.
5. Troque de pé, vá com outro para frente e repita o exercício.

**Para quê?**

Diminuir retração da cicatriz.

Braço do lado operado



**Exercício 3**

**Procedimento:**

1. Sente-se com as pernas entrelaçadas.
2. Mantenha o tronco ereto.
3. Inicie o movimento deslizando os braços para cima e para baixo, alternadamente.

**Para quê?**

Diminuir edema (inchaço); realizar alongamento e evitar retração da cicatriz.

**Figura 13.22** – Exercícios entre os batentes da porta.



**Material:** Fio de lã ou linha; papelão cortado em círculo com um furo no meio; agulha e tesoura.

**Exercícios:** Encher os círculos com lã, para fazer um pompom.

**Procedimento:**

- A) Corte um fio longo e passe-o na agulha.
- B) Passe a agulha pelo furo do círculo e eleve o fio, esticando o braço.
- C) Repita o movimento anterior, levando o fio para o lado.
- D) Repita o movimento afastando o cotovelo do corpo e levando o fio para trás.
- E) Repita o movimento esticando o braço e levando o fio para trás.

**Figura 13.23** – Exercícios e trabalho.

|                              |   |
|------------------------------|---|
| <p>Braço do lado operado</p> | <p><b>Abrindo e fechando a janela</b><br/> <b>Atenção:</b> Realize devagar e um pouco por dia. Se a princípio ficar difícil elevar o braço do lado operado até o trinco, abra-o usando a mão do outro braço. Comece abrindo a janela pela parte de baixo até alcançar o trinco.</p>   |
| <p>Braço do lado operado</p> | <p><b>Levando a louça</b><br/> <b>Material:</b> Luvas de borracha<br/> <b>Lembre-se:</b> Use sempre luvas de borracha (para evitar alergia por produtos químicos). Realize suas tarefas com calma.</p>  |
| <p>Braço do lado operado</p> | <p><b>Limpendo o vidro da janela</b><br/> <b>Material:</b> Luvas de borracha<br/> <b>Exercício:</b> Limpando o vidro da janela<br/> <b>Atenção:</b> Realizar devagar e um pouco por dia. Use luvas de borracha para evitar alergia a algum produto. Cuidado com vidro trincado, se ele for forçado poderá quebrar em sua mão.</p> |
| <p>Braço do lado operado</p> | <p><b>Cuidando do jardim</b><br/> <b>Material:</b> Luvas de borracha<br/>                 Quando tiver tempo, cuide de suas plantas.<br/> <b>Lembre-se:</b> Use luvas de borracha. Cuidados com espinhos. Realize seu trabalho com calma para não se ferir.</p>   |

**Figura 13.24** – Atividades no lar. Abrindo e fechando a janela. Lavando a louça. Limpando o vidro da janela. Cuidando do jardim.



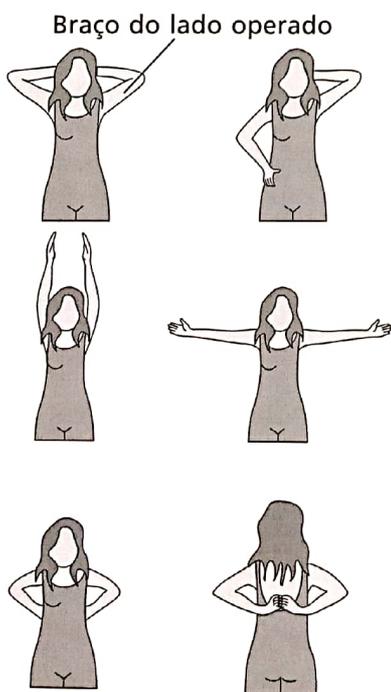
**Atenção:** Não deixe o varal acima de sua cabeça, mas ao nível de seus olhos. Utilize os dois braços.

**Figura 13.25** – Atividade no lar. Estendendo a roupa.



Para um bom resultado, lembre-se de não se isolar.  
Lembre-se sempre de amigos e parentes. Ligue para bater um papo e relaxar.

**Figura 13.26** – Atividades no lar. Não se isole.



Com orientação dos profissionais e com autoajuda, você chegará ao resultado final, realizando completamente todos os seus movimentos. Você conseguirá realizar inclusive sua independência para abotoar e desabotoar o sutiã.  
Realize suas atividades sem muito esforço para não causar complicações no braço do lado operado.  
Evite carregar pesos de qualquer natureza com o braço do lado operado.  
Evite movimentos repetitivos com grande intensidade com o braço do lado operado.  
Se for picada por inseto, no braço do lado operado, avise seu médico.  
Procure tomar sol no começo da manhã ou no final da tarde.  
Continue realizando seu autoexame.  
Não deixe de comparecer às consultas médicas.  
Cuidado com o braço do lado operado em relação a: aplicação de injeções; cortar cutículas; queimar-se; ferir-se.  
Você poderá realizar tudo, cuidadosamente e evitando exagero de atividade e esforços.

**Figura 13.27** – Resultados.

*“Há um mistério profundo que se agita no íntimo do ser, da alma de cada espécie vivente. E as mulheres iluminam com seus olhos este mistério.”* (Gilka Machado)

Com o aumento de incidência do câncer de mama nas mulheres, a terapia ocupacional inicia a busca para maiores benefícios da mobilidade funcional do braço do lado operado, voltada ao fazer coisas do dia a dia às pacientes submetidas às cirurgias radicais desse tipo de câncer. Porém, não existe consenso sobre quais exercícios mais indicados, a periodicidade da realização dos mesmos e a duração do programa.

O objetivo é indicar e selecionar um conjunto de exercícios para compor um programa de mobilidade funcional no pós-operatório de cirurgia da mama, visando atividades inerentes aos seres humanos.

Ao realizar revisão bibliográfica na área, nada se encontrava sobre terapia ocupacional com pacientes mastectomizadas. Segundo Benetton, é consenso na profissão que, por um lado a clínica é forte, com resultados demonstráveis; por outro, observa-se a fragilidade da base teórica para estabelecimento de leis que orientam o atendimento dessa produção clínica<sup>7</sup>.

O processo de conhecimento teórico-científico da mama ocorreu a partir da pesquisa sobre o livro *Tratamento Compreensivo das Doenças Benignas e Malignas*<sup>8</sup>. Segundo Frederick, no câncer de mama não existe um final feliz como nas doenças para as quais a causa e a cura foram encontradas. Todavia, há progressos na humanização dos horrores que anteriormente devastavam o corpo e a mente<sup>9</sup>.

## Etapas da Intervenção

978-85-7241-879-9

No departamento de terapia ocupacional do Hospital Amaral Carvalho, a intervenção inicia-se no leito do pré-operatório, continua durante todo o tratamento e procede até os cuidados paliativos.

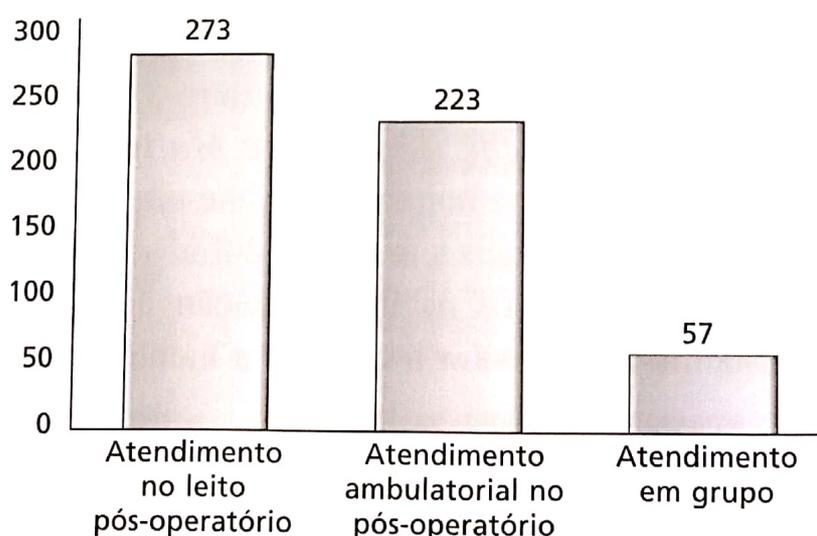
## Objetivo Geral

- Intervir no âmbito hospitalar, ambulatorial, familiar e domiciliar de modo a melhorar a qualidade de vida da paciente mastectomizada.

Os procedimentos técnicos e específicos são para a recuperação da capacidade funcional do braço do lado operado/ocupacional, para que a paciente possa retornar ao trabalho e também organizar-se nos grupos que favoreçam a troca de experiências e informações sobre implicações na vida cotidiana. Os programas de tratamento incluem orientações, atendimentos individuais ou em grupos para realização de atividades com independência e autonomia.

No processo terapêutico é primordial considerar as reais necessidades do indivíduo, histórico ocupacional, relação que estabelece a partir de suas próprias atividades, precauções e ou contraindicações<sup>10</sup>. As intervenções da terapia ocupacional vão desde as ações mais simples do cotidiano às orientações das atividades mais complexas.

O número de pacientes atendidas por semana, no pré-operatório, é em média de seis pacientes. Na Figura 13.28, apresentamos os atendimentos realizados no período de um ano (2008).



**Figura 13.28** – Atendimentos realizados com pacientes mastectomizadas pelo departamento de terapia ocupacional do Hospital Amaral Carvalho no ano de 2008.

## Diagnóstico Situacional

Iniciamos pelo diagnóstico situacional em terapia ocupacional como um procedimento para retratar as condições socioemocionais e culturais, apresentadas pelo indivíduo. Não se trata, contudo, de um diagnóstico clínico fechado, mas de recortes constantes, no decorrer do processo terapêutico, no qual o aspecto da vida do indivíduo é considerado em dado momento<sup>11</sup>.

## Avaliação

A avaliação dos membros superiores é realizada com goniômetro para averiguar as limitações na amplitude de movimento, também por meio de perimetria para os cuidados do braço evitando um possível lfedema, caso a paciente realize esforços físicos além do permitido<sup>12,13</sup> (Fig. 13.29).

## Inspeção da Pele

Levando-se em consideração a cor, pois pode haver um processo inflamatório.

## Cicatriz

O tamanho e localização da cicatriz são dados importantes, pois podem ser barreiras para linfodrenagem, bem como as cicatrizes hipertróficas e retraídas aderentes que impedem um deslizamento da pele, durante a amplitude de movimento com o braço do lado operado.

## Sensibilidade

Pode ocorrer na parte interna do braço devido à retirada do nervo cutâneo medial no ato cirúrgico. Causa uma hipersensibilidade na palpação e retração do braço, durante os exercícios.

## Grupos

Benetton relata dois tipos de dinâmicas relacionadas às atividades grupais: a primeira na qual cada paciente faz sua atividade e mantém uma relação individual com a terapeuta



### Avaliação Terapia Ocupacional



Nome: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_ D/N: \_/ \_/ \_

Profissão: \_\_\_\_\_

Diagnóstico: \_\_\_\_\_

Médico: \_\_\_\_\_

Tratamento: \_\_\_\_\_ Início: \_/ \_/ \_ Término: \_/ \_/ \_

M/D: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_

Convênio: \_\_\_\_\_

Medida da circunferência do membro superior  
- Medição de braço 7, 14 e 21cm acima e abaixo do olécrano.

| DATAS                                    |                |   |                     |   |               |   |                |   |
|--|----------------|---|---------------------|---|---------------|---|----------------|---|
| Medidas                                  | Pré-operatório |   | Retirada dos pontos |   | Início da Rxt |   | Término da Rxt |   |
|  | D              | E | D                   | E | D             | E | D              | E |
| <b>Braço</b>                             |                |   |                     |   |               |   |                |   |
| 7cm                                      |                |   |                     |   |               |   |                |   |
| 14cm                                     |                |   |                     |   |               |   |                |   |
| 21cm                                     |                |   |                     |   |               |   |                |   |
| <b>Antebraço</b>                         |                |   |                     |   |               |   |                |   |
| 7cm                                      |                |   |                     |   |               |   |                |   |
| 14cm                                     |                |   |                     |   |               |   |                |   |
| 21cm                                     |                |   |                     |   |               |   |                |   |
| Circunferência da mão do 2º ao 5º (meta) |                |   |                     |   |               |   |                |   |

#### Goniometria

| DATAS                   |                |   |                     |   |            |   |                |   |
|-------------------------|----------------|---|---------------------|---|------------|---|----------------|---|
| Medidas                 | Pré-operatório |   | Retirada dos pontos |   | Início Rxt |   | Término da Rxt |   |
|                         | D              | E | D                   | E | D          | E | D              | E |
| <b>Ombro</b>            |                |   |                     |   |            |   |                |   |
| Flexão de ombro 0-180°  |                |   |                     |   |            |   |                |   |
| Extensão de ombro 0-60° |                |   |                     |   |            |   |                |   |
| Abdução de ombro 0-180° |                |   |                     |   |            |   |                |   |
| Rotação interna 0-70°   |                |   |                     |   |            |   |                |   |
| Rotação externa 0-90°   |                |   |                     |   |            |   |                |   |

**Figura 13.29** – Avaliação; terapia ocupacional. Rxt = radioterapia.

chamada de grupo de atividades; a segunda, quando as pacientes resolviam fazer uma única atividade em conjunto e o terapeuta mantém o grupo nessa relação de trabalho em conjunto chamada de atividade grupal<sup>14</sup>.

A escolha do uso de atividades grupais como recurso terapêutico, na prática clínica com pacientes mastectomizadas, se deve à parte das vantagens econômicas que este tipo de abordagem oferece, mas também como economia de recursos humanos. Por outro lado, o grupo oferece boas condições de tratamento e troca de informações. Outro fator importante é o poder “fazer junto”, em princípio com a terapeuta, que pode indicar a ação de ensinar, organizar e educar a melhor forma de utilizar o braço do lado operado no dia a dia. O campo da terapia ocupacional está localizado exatamente na interseção interno-externo, indivíduo/sociedade (grupo), pensar/fazer aquilo que é psíquico e corporal<sup>15</sup>.

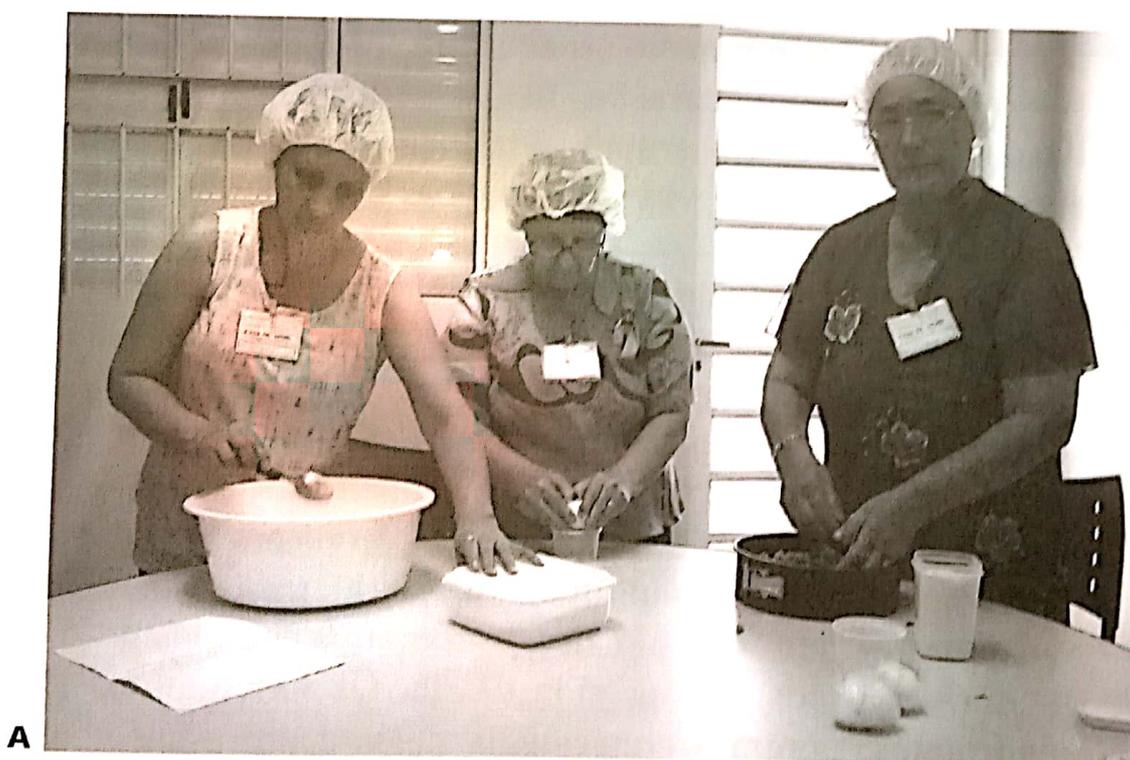
Durante o tratamento de radioterapia, as pacientes permanecem em casas de apoio por serem oriundas de outras cidades e estados. Por termos conhecimento que essas pacientes necessitam de atendimento especial em todos os sentidos, por serem pessoas com alterações físicas e psicológicas, são realizadas atividades em grupos, em média com seis pacientes em cada grupo, uma vez por semana, no departamento de terapia ocupacional.

As pacientes são encaminhadas, pelo médico, ao departamento, no início da radioterapia e também recebem informações da terapeuta ocupacional, quando abordadas no leito, sobre todo o trabalho a ser realizado no pós-operatório. Sabe-se que o instinto, os sentimentos e o pensamento estão, de alguma forma, ligados aos movimentos do corpo. Assim, num momento em que sua autoimagem está afetada, a paciente, muitas vezes, tem dificuldades para efetuar até mesmo movimentos básicos de sua vida diária. Os movimentos são importantes, porém a consciência deles é um aspecto que merece consideração. A execução de uma atividade qualquer não significa que saibamos, mesmo que superficialmente, tudo o que envolve. Se tentarmos executar uma ação atentando

para cada movimento em particular, logo descobriremos que a mais simples e comum delas é um mistério e que não temos absoluta ideia de como isso é realizado.

As atividades desenvolvidas no grupo vão de acordo com as necessidades das pacientes, desde cozinhar, lavar, passar e dançar, até as trocas de informações entre os membros do grupo; também aprendizado de novas atividades, além de técnicas que possam ajudar nos seus afazeres diminuindo gastos de energia, excesso de movimento e peso com o braço do lado operado (Fig. 13.30). Após os depoimentos das pacientes que participaram dos grupos, ficou claro que as orientações para execução das tarefas em casa e no trabalho facilitam a volta ao lar com tranquilidade e conhecimento daquilo que parecia impossível de ser realizado, devido às falsas informações vindas da comunidade, de que não mais poderiam fazer atividades no lar, pois isso levaria ao linfedema do braço do lado operado, causando uma sensação de invalidez.

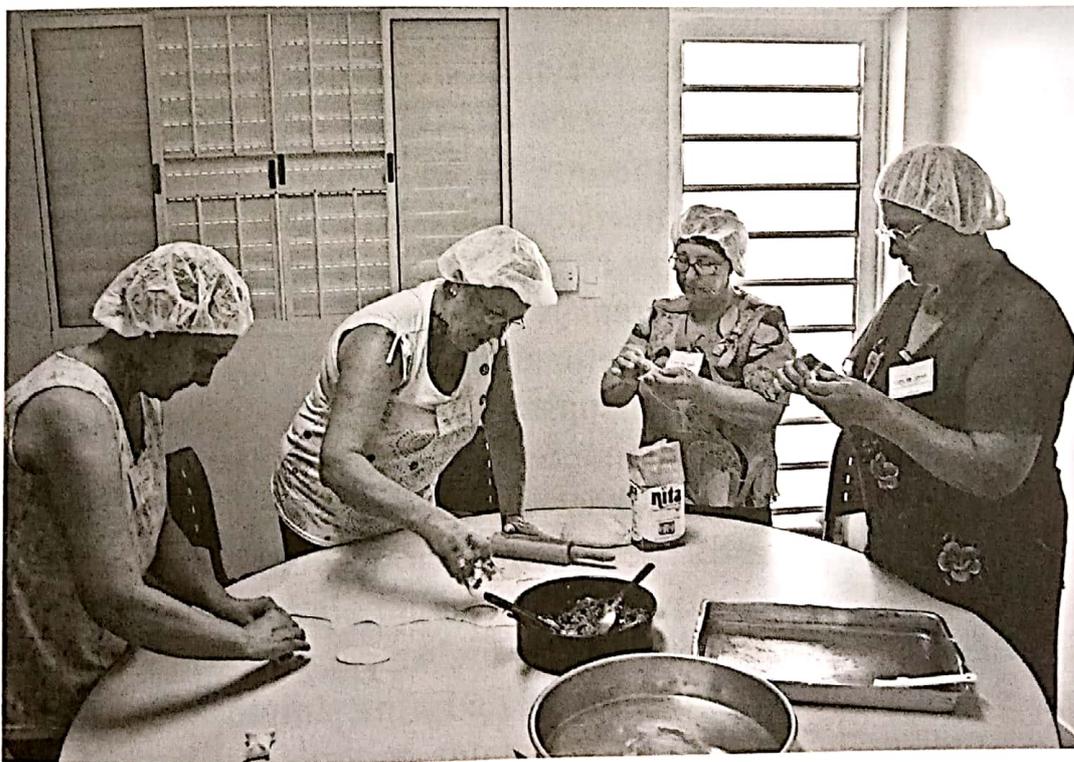
978-85-7241-879-9



**Figura 13.30** – (A – C) Atividades de culinária desenvolvidas no departamento de terapia ocupacional para reeducar os movimentos do braço do lado operado. (continua)



B



C

**Figura 13.30** – (continuação) (A – C) Atividades de culinária desenvolvidas no departamento de terapia ocupacional para reeducar os movimentos do braço do lado operado.

## Alta

A alta do tratamento de terapia ocupacional segue o tratamento médico, por tratarmos de pacientes encaminhadas de outros lugares; portanto, faz-se necessário que o terapeuta tenha conhecimento do tratamento para uma programação de terapias mais incisivas ou, quando necessário, encaminhá-las para os serviços de terapia na cidade de origem. Após o término da radioterapia, os retornos médicos passam a ser mais espaçados, o terapeuta solicita retorno da paciente no mesmo dia indicado pelo médico para acompanhamento e esclarecimento de dúvidas que possam surgir nas atividades do fazer humano e avaliação do braço. O que observamos nesses retornos é uma melhora na autoestima, uma realização por terem retornado à vida de forma “normal”.

A incidência de linfedema no setor de mastologia do Hospital Amaral Carvalho de Jaú é baixa, frente à literatura, fruto da cooperação e visão multidisciplinar que a patologia (câncer de mama) merece<sup>16</sup>.

978-85-7241-879-9

## ESTUDO DE CASO

Paciente do sexo feminino, 34 anos de idade, casada, sem filhos, médica pediátrica, portadora de um câncer de mama, foi submetida à cirurgia e mais reconstituição imediata. C. foi encaminhada à terapia ocupacional a partir da interconsulta pelo médico do setor de mastologia. O primeiro atendimento da terapeuta ocupacional com C. iniciou-se no leito para avaliações, orientações do braço do lado operado e diagnóstico situacional.

Assim que a terapeuta ocupacional entra no quarto, C. apresenta-se receptiva. A profissional observa uma certa tensão na cintura escapular, impedindo a paciente de realizar suas atividades de higiene pessoal de forma simples e espontânea, sendo colocado pela terapeuta que poderia realizar sua higiene sozinha, sem auxílio de sua mãe. C. relata estar sentindo um certo alívio com a informação e fala sobre seu trabalho, que a preocupava muito, pois já havia fechado seu consultório

e sabia que não poderia mais carregar peso acima de dois quilos, era pediatra e pegava crianças no colo para realizar procedimentos profissionais. O que se observa, nesses casos, é a perda da lucidez de codificar novas condutas no seu cotidiano, bloqueando a novas alternativas. Nesse momento, a terapeuta coloca várias alternativas para a realização de seu trabalho com o braço do lado operado, poderia continuar seu trabalho e que a terapia ajudaria na organização e estruturação, mediante as dificuldades apresentadas. C. chora, nesse momento, diz que a terapeuta foi o anjo que Deus enviou-lhe, dizendo tudo o que precisava exteriorizar. Após alta hospitalar, a paciente dá continuidade à terapia, apresenta grande evolução com o braço, voltando a ter amplitude de movimento igual a que tinha antes de operar. Ao término do tratamento, quimioterapia e radioterapia, paciente apresenta-se bem, em condições físicas e psicológicas, atingindo o máximo na amplitude de movimento com o braço do lado operado e também preparada para inserção no seu trabalho, obtendo alta terapêutica. C. reabre seu consultório, reestruturando melhor seus horários, atendimentos e visitas hospitalares. C. fala de sua felicidade e quer compartilhá-la com a terapeuta, convidando-a para visitar seu consultório. Depois de dois anos, C. apresenta metástase e mesmo assim não desiste de seu trabalho, novamente se reorganiza para compartilhar tratamento e vida profissional. Quando possível, C. ligava para a terapeuta contando sobre suas vitórias para continuar sua jornada. Com a complicação do quadro, C. decide fechar o consultório e realizar seu tratamento com mais tranquilidade, nesse período os contatos com a terapeuta eram somente por telefone, pois a mesma realizava tratamento ambulatorial e permanecia em sua casa. C. teve três internações alternadas no agravamento do quadro, já em estado de difícil comunicação e com sedativos. Assim, tivemos somente um contato em uma de suas internações, no qual pouco se comunicou dizendo à terapeuta que era muito bom vê-la e que iria lutar até o fim. No dia seguinte da visita da terapeuta, infelizmente, C. acaba por ter maiores complicações e falece.

## Comentário sobre o Caso

O caso de C. ilustra bem as alterações no comportamento do paciente com câncer que refletem nas reações emocionais desencadeadas pelos temores e perdas, implicando no rompimento do cotidiano, impossibilitando o indivíduo à plena autonomia e independência nas tarefas e ocupações.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

*“Sabemos o que as mamas representam para uma mulher, tanto no seu aspecto físico quanto no aspecto psíquico-emocional e sexual. Hoje, a abordagem no tratamento de câncer de mama é multidisciplinar, envolvendo não somente equipe médico-cirúrgica, mas o oncologista clínico, o radioterapeuta, o psicólogo, o fisioterapeuta e a terapeuta ocupacional.*

*A terapia ocupacional preenche exatamente esse vazio causado pelo trauma cirúrgico, assim como todo tratamento sequencial do câncer de mama, reabilitando a paciente biopsico-socialmente, a fim de que a mesma possa, gradualmente, restabelecer seu equilíbrio emocional e físico, inserindo-se na vida cotidiana.*

*A terapia ocupacional é, portanto, uma forte e indispensável aliada na recuperação destas pacientes, que passam ou não pelo tratamento mamário, recebendo orientações de profissionais capacitados para sua plena recuperação”.*

Dr. José Roberto F. Caldeira.  
Responsável pelo serviço de mastologia  
do Hospital Amaral Carvalho (Jaú-SP)

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. FREITAS, L. C. C. T. F. *Repassando Dádivas. A História de Amor e Solidariedade da Maior Rede de Combate ao Câncer do País*. Jaú: Fundação Amaral Carvalho, 2006. p. 176p.
2. SECRETARIA DE SAÚDE – Governo do Estado de São Paulo. Disponível em: <http://www.saopaulo.sp.gov.br:80/sis/lenoticia.php?id=103450&c=557>&siteID=1>&c=557&siteID=1>. Acesso em: 03/mai./2009.
3. FRIEDMAM, A. et al. Brincar no hospital. In: *Lidquist Ivonny, o Direito de Brincar a Brinquedoteca*. São Paulo: Scritta: Abrinq, 1992. p. 127.

4. CAVALCANTE, A.; GALVÃO, C. et al. Inclusão. In: MUNGABA, M. C. *Terapia Ocupacional. Fundamentos e Prática*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007. p. 520-521.
5. ARAÚJO, A. B.; ZERBITINATI, K. A. B. O. *Clown como Facilitador para as Abordagens Múltiplas da Equipe de Saúde dentro do Hospital Infantil*. São Paulo, 2005. p. 45. Dissertação (Mestrado) – Curso de Terapia Ocupacional do Centro Universitário São Camilo, 2005.
6. PENGO, M. M. S. B. *A Terapia Ocupacional com Pacientes Mastectomizadas no Pós-operatório UCF Amaral Carvalho. Guia Pós-operatório-mastectomia*. Bahia: PROPEG, 2005. p. 1-45.
7. BENETTON, J. Conhecimento em evolução. *Rev. Centro de Estudos. Terap. Ocupac.* São Paulo, 1995. v. 1, p. 5.
8. BLAND, K. I.; COMPELAND III, E. M. et al. *A Mama – tratamento compreensivo das doenças benignas e malignas*. São Paulo: Manole, 1994. p. 1267.
9. BLAND, K. I.; COMPELAND III, E. M.; FREDERICH, B.; WAGNER, JR., M. D. História das doenças da mama e do seu tratamento. In: *A Mama – tratamento compreensivo das doenças benignas e malignas*. São Paulo: Manole, 1994. p. 1.
10. PALM, R. C. M. Oncologia. In: CAVALCANTE, A.; GALVÃO, C. *Terapia Ocupacional. Fundamentação e Prática*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007. p. 487-492.
11. TITO, J. C.; MORAES, G. C. Diagnóstico situacional – possibilidade de avaliação em terapia ocupacional. *Rev. Centro de Especial. Terap. Ocupac.*, ano 10, n. 10, p. 49, 2007.
12. MARQUES, A. P. *Manual de Goniometria*. São Paulo: Manole, 1997. cap. 1, p. 6-11.
13. CAMARGO, M. C.; MARX, A. G. *Reabilitação Física no Câncer de Mama*. São Paulo: Roca, 2000. Cap. 6, p. 96.
14. BENETTON, M. J. *Trilhas Associativas: ampliando recursos na clínica da psicose*. São Paulo: Lemos, 1991.
15. MAXIMINO, V. S. Construção de grupos de atividades com pacientes graves. *Rev. Centro Estudos Terap. Ocupac.*, São Paulo, 1995. v. 1, n. 1, p. 27-29.
16. PENGO, M. M. S. B. *A Terapia Ocupacional com Pacientes Mastectomizadas no Pós-operatório*. São Paulo: USP, 1998. Trabalho de Conclusão – Curso de Especialização em Terapia de Mão.