

O papel do terapeuta ocupacional na unidade de transplante de medula óssea

Margareth Ines Cardamoni Duraes¹

Para se entender o trabalho da Terapia Ocupacional (T.O.) dentro desta unidade, precisamos relevar que o paciente que vem para esta unidade, em sua maioria, traz além da sua história de vida, uma história de sua doença, que envolve uma série de internações, de tratamentos quimioterápicos e conseqüentemente de muito desgaste emocional.

Além desses fatos, o paciente sabe que ao entrar nesta unidade, submeter-se-á a um tratamento onde a morbidade é muito grande, que inclui riscos, alguns até fatais, em nome da provável cura definitiva. Com tudo isso, o paciente ao chegar, vem com uma série de expectativas e esperanças. O processo de T.O. neste momento é de grande valia, já que o paciente fica restrito ao ambiente do quarto por 40 dias.

Inicialmente, colhe-se a anamnese do paciente, onde registra-se o histórico de vida, o perfil da personalidade e caráter, os hábitos ocupacionais, bem como sua expectativa acerca do tratamento.

Normalmente, o paciente mostra-se disposto a participar do processo como uma maneira de demonstrar que sua capacidade produtiva ainda não está comprometida, como também, para aliviar sentimentos relacionados a sua ansiedade e seus temores.

Atividades que necessitem de maior esforço, como martelar, serrar, fazer quebra cabeça, porta chaves, castiçal com cobre, são geralmente utilizadas nesta fase.

A medida em que os procedimentos de um transplante dão prosseguimento, verifica-se uma mudança no nível comportamental e orgânico do paciente: este já não passa tão bem devido as altas doses quimioterápicas, aparecem náuseas, mucosites, vômitos e diarréias. A volição diminui

consideravelmente. Nem sempre o paciente está disposto a fazer atividades.

Habitualmente faz-se relaxamentos e atividades que utilizem materiais inodoros, tais como: bijouterias, origame, rosa em crepon, chaveiros de equípos.

Muitos passam para o quadro de depressão, atividades repetitivas de movimento e que se tornarão automatizadas permitem uma baixa na resistência do paciente ocorrendo uma maior atuação nos processos psíquicos pelo qual vem passando. Passa a ser possível falar sobre a morte tão logo se defina que tipo de depressão vem se apresentando.

A depressão reativa se relaciona às perdas passadas consigo mesmo, tais como: queda de cabelo, incisão de cateter, transformações corpóreas, etc. Nesta fase o T.O. pode e deve encorajá-los, mostrando o lado positivo e, aos poucos, ir inserindo atividades mais elaboradas, de maior complexidade e que possam ou não ser graduadas; ex: atividades como smirna, macrame (porta vasos, abajur, pano), ponto cruz, crochê, trico, arraiolo, tapeçaria, boneca de porcelana, atividades expressivas (lápiz de cor, giz de cera, guache, etc), atividades que aumentem a auto estima.

Na depressão preparatória, fica dialético o T.O. encorajá-lo ser positivista, pois isso significaria que o paciente não deveria contemplar sua morte iminente. Neste momento, é importante que o T.O. deixe o paciente exteriorizar o seu pesar, aliviar suas angústias e seus medos. Normalmente utiliza-se atividades mais expressivas como pintura livre e massa de modelar.

Independente do tipo de depressão, é importante que o T.O. dê carinho, que toque ou que simplesmente sente-se ao seu lado.

Segue-se uma fase de maior aceitação, seja porque começam a progredir em relação a seu prognóstico, melhoram consideravelmente, ou percebem que a morte passa a estar mais próxima de sua realidade.

(1) Terapeuta Ocupacional da Unidade de Transplante Medular do Hospital das Clínicas e Mestranda em Saúde Mental - UNICAMP.

Os que melhoram, aproveitam este momento para utilizar-se de atividades menos dirigidas, tais como jogos, leitura e música.

Os que contemplan sua morte iminente, tem por hábito deixar presentes para seus entes queridos, maneira esta que vejo como um perpetuar-se através da atividade. É comum quererem discutir a própria morte, deixar organizada sua dinâmica familiar e pessoal. Fazem encapamento e caixas de papelão, cartão em papel vegetal, escrevem cartas, etc.

Nem sempre o paciente tem condições físicas para a realização das atividades citadas acima. Solicita-se então o T.O. para fazer relaxamentos que incluam técnicas projetivas.

É importante ressaltar que o T.O. atua junto à família em um processo paralelo, orientações são realizadas para minimizar o estresse, pela qual esta também passa.

Enfim, um paciente que tiver tido tempo necessário e tiver podido externar seus sentimentos, sua inveja pelos vivos e sadios e sua raiva por aqueles que não são obrigados a enfrentar sua morte tão cedo, contemplará seu fim próximo ou não, de maneira tranqüila e com um certo grau de expectativa. É um momento de terapia de silêncio.

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

1. FORMAM, S.J. *Hematology clinics: bone marrow transplantation*. [s.l.] : W.B.Souders, v.4, n.3.
2. MELLO FILHO, J. *Concepção psicossomática: visão atual*. 3.ed. Rio de Janeiro : Tempo Brasileiro, 1983.
3. ROSS-KUBLER, E. *Sobre a morte e o morrer*. 6.ed. São Paulo : Martins Fontes, 1994.