

PERCEPÇÕES SOBRE A TERAPIA OCUPACIONAL NO CUIDADO AO PACIENTE COM HANSENÍASE**PERCEPTIONS ABOUT OCCUPATIONAL THERAPY IN THE CARE OF THE PATIENT WITH LEPROSY****PERCEPCIONES ACERCA DE LA TERAPIA OCUPACIONAL EN LA ATENCIÓN DEL PACIENTE CON LEPROSA****Recebido: 10/08/2014****Aprovado: 29/01/2015****Luisa Arantes Loureiro¹****Lenita Lorena Barreto²****Ivia Maksud³**

O objetivo deste trabalho é apresentar a percepção dos profissionais de saúde que atuam com o paciente acometido pela hanseníase sobre a atuação do terapeuta ocupacional dentro da equipe de atenção a esse paciente. Este é um estudo qualitativo desenvolvido em 2012. Para tanto foi realizada uma observação de cunho etnográfica no Instituto Estadual de Dermatologia Sanitária – IEDS, na cidade do Rio de Janeiro, a qual permitiu o acompanhamento de atividades do serviço e foram realizadas sete entrevistas com profissionais atuantes na área. Constatou-se uma dificuldade, tanto por parte dos usuários, quanto dos demais profissionais, em compreender a contribuição do terapeuta ocupacional na atenção integral à hanseníase.

Descritores: Terapia Ocupacional; Saúde Pública, Hanseníase; Reabilitação.

The objective of this paper is to present the perception of health professionals working with patients affected by leprosy on the role of occupational therapists within the team attention to this patient. This is a qualitative study carried out in 2012. To this end was made an ethnographic nature observation at the State Institute of Sanitary Dermatology - IEDs, in the city of Rio de Janeiro, RJ/Brazil, which allowed for follow-up activities performed in the service and were carried out seven interviews with professionals working in the area. It was found a difficulty, both for users, as other professionals, to understand the contribution of occupational therapists in comprehensive care to hansen's disease.

Descriptors: Occupational Therapy; Public Health; Leprosy; Rehabilitation.

El objetivo de este trabajo es presentar la percepción de los profesionales de la salud que trabajan con pacientes afectados por la lepra en la actuación del terapeuta ocupacional en el equipo de atención al paciente. Este es un estudio cualitativo hecho en 2012. Para ello se hizo una observación de naturaleza etnográfica en el Instituto Estatal de Dermatología Sanitaria - IED, en la ciudad de Río de Janeiro, RJ/Brasil, que permitió el seguimiento de las actividades realizadas en el servicio y fueron realizadas siete entrevistas con los profesionales que trabajan en el servicio. Se constato dificultad, tanto para los usuarios, como otros profesionales, para comprender la contribución de los terapeutas ocupacionales en la atención integral a la lepra.

Descritores: Terapia Ocupacional; Salud Pública; Lepra; Reabilitación.

¹ Mestre em Saúde Coletiva. Docente do Curso de Terapia Ocupacional da Universidade Federal do Triângulo Mineiro. luisa.loureiro@gmail.com

² Doutora em Saúde Pública. Docente da Universidade Federal Fluminense (UFF). lenitalorena@yahoo.com.br

³ Doutora em Saúde Coletiva. Docente da UFF. iviamaksud@id.uff.br

INTRODUÇÃO

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define a hanseníase como um relevante problema de saúde pública, sendo que os casos da doença se concentram em sete países: Brasil, Índia, Madagascar, Moçambique, Mianmar, Nepal e a República Unida da Tanzânia¹.

O boletim epidemiológico da OMS², de 27 de agosto de 2010, cita que o número de casos notificados, em 2009, pela Índia, foram 133.717 e, pelo Brasil, 37.610 casos. Esses dados mostra que o Brasil é o segundo país em número absoluto de casos, porém ao comparar a população dos dois países, o Brasil assume o primeiro lugar em termos de coeficiente de prevalência.

Em relação ao tratamento da hanseníase, utilizam-se esquemas terapêuticos que são padronizados de acordo com a classificação da doença, denominados poliquimioterapia (PQT). Para os casos paucibacilares, o tempo de tratamento varia de 6 a 9 meses, e, para os casos multibacilares, o tratamento pode chegar até 18 meses².

As ações de atenção à hanseníase são compreendidas em três esferas: na atenção básica, na média complexidade e na alta complexidade. As ações de atenção básica compreendem ações de promoção da saúde, diagnóstico, tratamento e prevenção de incapacidades, assim como educação em saúde, tanto individuais quanto coletivas. Na média complexidade, são entendidas ações de diagnóstico e terapias especializadas. Já na alta complexidade, a assistência prestada é de caráter multiprofissional e multidisciplinar, incluindo cirurgias para reparação de sequelas³.

Para os casos de maior complexidade, os Centros de Referência oferecem um atendimento integral, mais especializado. No estado do Rio de Janeiro o Centro de Referência Estadual funciona no Instituto Estadual de Dermatologia Sanitária – Curupaiti (IEDS), localizado na cidade do Rio de Janeiro.

Este instituto foi um dos primeiros hospitais para isolamento dos pacientes com hanseníase, reconhecido, em 1931, como

hospital-colônia da capital nacional, na época situada no Rio de Janeiro; porém já funcionava como tal desde 1928⁴.

Atualmente, os programas de controle da hanseníase, com vistas ao seu diagnóstico, tratamento, prevenção de incapacidades e reabilitação preconizam ações que devem ser compartilhadas por diferentes profissionais de saúde, atuando, de forma ideal, em equipe, em todos os níveis de atenção, desde a atenção básica até os níveis mais especializados, como os Centros de Referência^{5,6}.

A equipe se faz necessária para o processo relacional do cuidado, sendo esse encontro importante na busca da manutenção e/ou recuperação de certo modo de viver a vida. E, os encontros entre profissional e usuário produzem relações de escutas e responsabilizações que constituem os vínculos e os compromissos acerca da produção da saúde, favorecendo o cuidado⁷.

Para atenção integral aos pacientes atingidos pela hanseníase é necessária uma equipe mínima de profissionais, composta por médicos, enfermeiros, auxiliar ou técnico de enfermagem, fisioterapeuta e terapeuta ocupacional⁸.

A terapia ocupacional, mais do que atuar na reabilitação física, acredita no movimento, na mudança e na transformação do indivíduo com alguma condição incapacitante. O olhar holístico para o indivíduo é um dos fundamentos dessa profissão, visto que sua atuação tem a finalidade de promover a independência funcional da pessoa, seja ela nas atividades básicas cotidianas, no trabalho, no lazer e na vida social de um modo geral.

Pensando na importância da terapia ocupacional no cuidado da pessoa com hanseníase, este artigo, tem como objetivo apresentar a percepção dos profissionais de saúde que atuam com o paciente acometido pela hanseníase sobre a atuação do terapeuta ocupacional dentro da equipe de atenção a esse paciente.

MÉTODO

O presente artigo traz dados de um estudo qualitativo de cunho etnográfico, realizada no

Instituto Estadual de Dermatologia Sanitária – IEDS, no município do Rio de Janeiro – RJ. A observação permitiu o acompanhamento, de atividades realizadas no serviço.

Foram realizadas seis entrevistas com os profissionais de saúde de diversas áreas que atuam nessa instituição, para entender suas percepções sobre a terapia ocupacional nesse contexto.

As entrevistas foram gravadas com o consentimento dos participantes e posteriormente transcritas, para análise. Foram utilizados os seguintes critérios de inclusão/exclusão: estar trabalhando com a população acometida pela hanseníase há mais de dois anos e estar inserido na equipe multiprofissional do Instituto. O material obtido foi submetido à análise de conteúdo temática.

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal Fluminense, sendo aprovado em reunião no dia 06/05/2011, seguindo todos os preceitos éticos necessários para sua realização. As pessoas que aceitaram participar das entrevistas assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido, o qual continha as informações e objetivos da pesquisa.

RESULTADOS

Como resultado da incursão etnográfica, o universo de pesquisa foi composto por seis profissionais de áreas diversas, com tempo de atuação no ambulatório variando entre 1 e 27 anos. Para preservar a identidade dos profissionais, os mesmos não foram distinguidos por especialidade ou tempo de trabalho no instituto, pois, pelo fato da equipe ser pequena, isso poderia favorecer a identificação dos mesmos. A seguir se apresenta os discursos elucidados na pesquisa e os mesmos são identificados por P (profissional), seguido de um número (1-6).

Uma das terapeutas ocupacionais entrevistadas discorreu sobre as funções que cada profissional desenvolvia no ambulatório de dermatologia do Instituto:

Assistente social tem um papel do primeiro contato com o paciente, das orientações de todas as questões que ele tem direito que ele

não tem. Psicólogo a gente não encaminha todos os pacientes, só quando a gente percebe que tem alguma alteração mesmo, quando tá difícil a coisa aí a gente encaminha, não são todos os pacientes que passam pela psicologia não. Enfermagem faz toda parte do medicamento, dos curativos, dos cuidados, orientação também e até de prevenção. Tem uma funcionaria que trabalha comigo que ela confecciona palmilha e eu prescrevo. A fisio ficou com uma parte geral, ela não tá muito ligada na hanseníase, ela atende todos mas como se fosse uma coisa geral, não tem um trabalho específico. Tanto é que o ortopedista daqui não encaminha para a fisioterapia, ele encaminha pra mim (P 5).

O ambulatório de dermatologia em questão não desenvolve o trabalho voltado às atividades de vida diária, porém as orientações sobre o autocuidado são realizadas nos atendimentos da terapia ocupacional, durante ações de prevenção de incapacidades, como relatado abaixo:

Eu atuo na prevenção de incapacidade em hanseníase. A prevenção é feita da seguinte maneira, todo paciente no momento que é feito o diagnóstico da doença ele passa por uma avaliação neurológica que é feita pelas terapeutas ocupacionais. E a partir daí se a gente não achar nenhum problema ele vai fazendo a reavaliação de dois em dois meses ou quando o paciente tem alguma queixa. Quando a gente percebe que tem alguma alteração já instalada esse paciente é visto mais de perto. Ai a gente acolhe mais, a gente tá sempre vendo esse paciente. E alguns mesmo a gente tem que entrar com exercícios, e orientações mais incisivo quando tem alguma acometimento de alteração de sensibilidade o paciente pode se queimar pode se ferir sem sentir e a gente faz toda a parte de orientação de cuidados e também orientação de exercícios para preservação do que tem e até pra melhorar, depende do tempo e do dano da lesão. A gente tenta avaliar o paciente no dia que ele vem, principalmente pela passagem, o paciente vem uma vez por mês tomar a dose e pegar o medicamento, então a gente aproveita essa data para ver o paciente, mas a gente tem autonomia de se precisar ver na próxima semana, eu agendo e o paciente

vem. Conscientização do problema dela, muito acolhimento também, porque a prevenção de incapacidade não é só você não pode se queimar e etc., acolher a pessoa, orientar do que é a doença. Desmistificar. Aqui a gente ganhou muito espaço. Quando eu entrei já tinham duas TOs trabalhando aqui já tinha um trabalho, não era tão valorizado mas já tinha seu espaço. Acho que a gente conquistou muito por conta deles acreditarem na avaliação da gente. A gente interfere na dosagem de corticóide, na indicação de corticóide. Eu faço uma avaliação e falo pro médico que o paciente tá piorando, ele faz a indicação de corticóide, mesmo ele não vendo o paciente ele confia no que eu falei. Às vezes ele fala, vamos esperar mais uma semana pra ver, não vamos dar o corticóide agora. Então a gente tem um papel muito importante no auxílio diagnóstico e na indicação de corticóide. Então nas neurites, todos os pacientes passam por nós, pacientes com reação, a gente meio que caminha gente, médico e a TO para definir o que vai acontecer com esse paciente, como a gente vai lidar com o corticóide, a dosagem qual vai ser. A gente discute muito, eles solicitam muito. Mas nós fomos bombardeadas, nós passamos por muitos bombardeios. Então eu falava não sei, aí eles ficavam até a gente saber. Qualquer nervo que tinha diferente eles me chamavam. Você tem que aprender, se você tá aqui você tem que aprender (P 5).

A função de alguns profissionais, a partir de auto relato destes fica evidente nas falas abaixo:

Eu avalio todos os pacientes com diagnóstico de... suspeita de hanseníase e caso confirme a gente acompanha no decorrer do atendimento. Dependendo, a gente sempre avalia quando o paciente inicia o tratamento e quando o paciente tem alta. E nesse intervalo se o paciente tiver alguma intercorrência dependendo do que seja a gente pode ver o paciente uma vez por semana ou de quinze em quinze dias senão, normalmente eu vejo o paciente de dois em dois meses senão, de três em três dependendo do quadro. Mas sempre no início e na alta isso é... Eu acho que é valorizado, que eles é..., eu acho que eles aprenderam já a respeitar, e a conhecer o

trabalho, principalmente aqui no ambulatório, eu não digo lá em cima, no hospital em si não tá? Mas eu acho que aqui no ambulatório, eu acho que eles veem como uma ajuda importante. (P 2)

Eu acho que pra nós é importantíssimo, eu acho que como não é uma coisa tão dependente de, como é que eu vou falar, assim de aparelho, não é uma visão tão medicalizada, tão tecnicizada, como é uma coisa mais... não vou dizer lúdica também que vocês não gostam, mas sabe assim, eu acho que é melhor, eu acho que é o profissional que se encaixa perfeitamente pro tipo de coisa que a gente precisa fazer. (...) daí então é o médico que tem que falar isso, tem que ter esse discurso e a cada vez a cada consulta, é a enfermagem na hora que o remédio está sendo administrado, tem que ver, tem que perguntar se tem algum machucado, dar força pra ele, a prevenção de incapacidade, serviço social, aqui a gente tem um luxo que tem psicóloga também, nem todo lugar tem, e também agem dessa maneira reabilitatória como você tá enfatizando. (P 3)

No que se refere à prática do terapeuta ocupacional de acordo com os outros profissionais tem-se que:

(...) nós temos aqui no hospital a sorte de termos assim um bom grupo de terapeutas ocupacionais, eu percebo é que eles trabalham com atividades bem concretas, bem físicas muitas vezes com prevenção da incapacidade, que já estejam curados, mas que ficaram aposentados alguma coisa assim ficam sem uma ocupação na vida. Acho fundamental na equipe de saúde, eu to aqui há 10 anos e não tive em outros hospitais a experiência de trabalhar com TO e aqui eu tenho muito. Então acho que o que complementa a equipe, que integra a equipe na verdade fundamental, especialmente no ambulatório com o trabalho de prevenção de incapacidade. Acho que reflete muito, assim, se eu consegui fazer um movimento que não tava conseguindo fazer lá, se eu conseguir apesar das minhas limitações trabalhar nesse sentido e ocupar um tempo meu com isso, eu posso da conta desse tratamento, eu posso ficar melhor. Acho que trabalha muito com essa coisa da esperança

de realmente ficar bem. Acho fundamental isso. (P 1).

Eu penso que em relação à fisioterapia, fica muito misturado em relação à prevenção de incapacidades, fica muito misturado sim tá? Não têm isso muito claro não (P 2).

Muito, muito, muito, muito, orientando, orientando a maneira de agir, como proceder na sua atividade de vida diária né, como se proteger, no caso específico nosso aqui, os terapeutas têm, avançaram um pouco e tão envolvidos na confecção de calçados com palmilhas, barra metatarsiana, essas coisas, eu não sei nem se isso faz parte do menu da terapia ocupacional ou se já é da... não sei, isso aí você que vai dizer...se já é da fisioterapia, não sei, mas de qualquer forma aqui já se avançou pra isso, aqui a gente tem uma prevenção com calçado bastante legal (P 3).

Nós temos, dentro do, como a, atendemos de uma certa maneira meio diferenciada essa questão de terapia ocupacional e fisioterapia é o grande embate que vocês têm, eu sei que parece que no final as terapeutas ocupacionais viram fisioterapeutas, é isso ou é verdade? você quer associar quer dizer uma terapêutica ao processo de ocupação dele, que uma dona de casa possa pegar por exemplo numa vassoura mais adequadamente, vamo falar da relação ergonômica de uma vassoura com a mutilação, não existe isso? Então, qual é a relação? Então isso é a terapia ocupacional e a fisioterapia de uma certa maneira, poderia, no momento, no ato de ter que varrer a casa, no ato da sua vida diária no ato das suas atribuições a fazer uma associação de uma funcionalidade pra que isso possa, pra que essa patologia possa ser revertida ou possa ser estabilizada ou possa ser desacelerada durante o processo que ele esteja em ocupação, ou em ocupação dos seus afazeres, ou uma ocupação previamente determinada pela terapia em que ela possa também fazer uma associação com essa questão como um todo. De todas as maneiras possíveis, tentando fazer com que esse profissional o mais rapidamente, falando da relação capitalista a esse profissional ele precisa voltar, ele precisa ta inserido na sociedade, ele precisa tá up né, ele precisa tá em todas as suas condições e a terapia ocupacional entraria nesse processo,

tentando fazer com que no processo funcional né, das suas ocupações ou mais ele pudesse também tá tendo um processo, ou absorvendo uma terapia que o ajudasse a essa inserção maior ou esse retorno maior, ou que ele não evoluísse (P 4).

A autoestima dele, a potencialidade dele enquanto pessoa entendeu? Porque é uma doença como outra qualquer, a gente sabe que ela discrimina, que ela sequela, mas, ele tem que ser diferente, isso que a gente tem que mostrar pra ele, então eu acho que a terapia ocupacional pode mostrar muito isso, não só na hanseníase que é o teu objetivo, mas em outras doenças, entendeu? Mais ou menos, não vou dizer pra você que eu sei assim, a função propriamente dita né, mas, minha impressão, posso tá errada né, mas seria dar condição pros pacientes de até buscar suas habilidades ou suas potencialidades de usar o corpo né de alguma maneira ou numa atividade lúdica ou no trabalho manual, não sei se é bem isso né? Tinha que ser mais divulgada, porque tem pouco espaço né?(P 6).

DISCUSSAO

A equipe multiprofissional cumpre papel essencial na atenção à pessoa acometida pela hanseníase. O Ministério da Saúde define uma equipe mínima para diferentes ações e complexidades de atenção para o atendimento das pessoas acometidas pela hanseníase. Essa equipe é formada pelo médico, enfermeiro, auxiliar ou técnico de enfermagem, quando o serviço for classificado como tipo I, desenvolvendo ações de educação em saúde, vigilância epidemiológica, diagnóstico, avaliação neurológica e do grau de incapacidade, exame dos contatos, tratamento, acompanhamento e prevenção de incapacidades com técnicas simples de autocuidado⁸.

Dentro da equipe multiprofissional, o terapeuta ocupacional pode promover ações relacionadas ao desempenho funcional do paciente nas suas atividades de vida diária, à sua participação, autonomia e independência no seu ambiente domiciliar e na comunidade.⁹

A terapia ocupacional na atenção à

hanseníase utiliza estratégias de intervenção para orientar os pacientes quanto à prevenção de incapacidades, autonomia funcional e inserção na comunidade¹⁰. Este profissional será mediador para que o usuário desenvolva o senso de responsabilidade pela sua própria saúde, tanto no nível assistencial de reabilitação, quanto no preventivo.

A orientação profissional para o usuário, no momento do acolhimento, se mostrou precária através desse estudo. Com a prática de uma orientação bem conduzida, o profissional tende a aproximar o paciente e torná-lo agente responsável pelo seu desenvolvimento, seja no processo de reabilitação, de prevenção de incapacidades e mesmo no diagnóstico e tratamento. Quando o usuário é convidado a fazer parte da equipe de saúde, que trabalha com ele como corresponsável pelo seu tratamento, a consequência tende a ser um usuário consciente, comprometido e multiplicador de informações.

É interessante avaliar as causas do não fornecimento integral de informações, do profissional para o paciente, acerca das condutas e procedimentos realizados. Quando o profissional não explica o que está fazendo, como e qual o objetivo do que está fazendo, não permite que os usuários saibam distinguir o que está sendo realizado e nem as atribuições daquele profissional. Pode-se entender, como parte disso, a insegurança do profissional em dar “poderes” ao paciente quando este entende melhor suas condutas.

É possível perceber, através dos relatos, que o foco da terapia ocupacional no instituto é a prevenção de incapacidades, até como sua especialidade, não havendo muitas ações voltadas para a reabilitação e atendimento em grupo. Isso aparece também nos relatos dos profissionais de outras áreas acerca da definição da profissão.

Há relatos na literatura¹¹ sobre a experiência de grupo com pacientes acometidos pela hanseníase coordenados por terapeuta ocupacional abordando questões relativas à doença, tais como incapacidades, atividades da vida diária, visando a melhoria na sua capacidade funcional. A partir desse

grupo, foi percebida uma minimização das dificuldades em todos os participantes, como diminuição de contraturas, melhora na sensibilidade e hidratação da pele, entre outros. O grupo com os pacientes gerou melhora no autocuidado, assim como valorização pessoal e melhores condições para superação das limitações da doença.

Durante as entrevistas realizadas no IEDS, os profissionais definiram as atribuições da terapia ocupacional de várias maneiras, como a realização de atividades para ocupar o tempo dos pacientes, como similar à fisioterapia e como estando relacionada à funcionalidade e cotidiano.

De acordo com estudiosos¹² na área da terapia ocupacional, na antiguidade acreditava-se que as doenças eram causadas pelo demônio e que, para curá-las, era preciso trabalhar, se exercitar ou fazer artesanatos para “ocupar” a mente. Assim, a escola precursora da terapia ocupacional, era o tratamento moral, que preconizava a implantação de atividades ocupacionais nas instituições asilares para proporcionar a cura dos doentes, assim como angariar recursos financeiros para a instituição.

Esses fatos históricos a respeito dos primórdios da terapia ocupacional podem influenciar a definição da mesma pelos outros profissionais. Outra questão frequente é a não distinção das ações dessa profissão com as da fisioterapia. Na atenção à pessoa acometida pela hanseníase, os profissionais capacitados para realização da avaliação do grau de incapacidade são o terapeuta ocupacional e o fisioterapeuta, o que contribui para manter essa confusão. Como no ambulatório estudado, a terapia ocupacional realiza predominantemente ações de avaliação do grau de incapacidade, se observou dificuldade na definição das atribuições das duas profissões.

Alguns teóricos da área de terapia ocupacional relatam que a profissão é passível de uma pluralidade de definições, visto que congrega diferentes escolas de pensamento, não existindo uma única resposta correta acerca da sua definição¹³. Pensando nisso, é possível perceber que, apesar dos diferentes enfoques dados para se

definir a terapia ocupacional, os profissionais entrevistados conseguiram relatar o que é essencial no processo de atendimento à pessoa acometida pela hanseníase.

Existem três formas de definição da terapia ocupacional. Uma delas define a profissão pelos recursos utilizados, outra, a define pelas relações entre terapeuta-atividade-paciente, e a última, define a profissão pelo objeto de trabalho, ou seja, o fazer humano, seu desempenho ocupacional¹⁴.

A análise das entrevistas mostrou que os profissionais definiram a profissão coerentemente com seu nível de relação com o terapeuta ocupacional, não determinando o certo ou errado na sua atuação. Muitas dessas percepções são claramente vinculadas, então, à experiência dos profissionais no trato com o terapeuta ocupacional. A maneira com que o profissional de terapia ocupacional exerce a sua profissão define o entendimento do universo ao seu redor e a respeito do seu trabalho. Uma imersão no local da pesquisa em outros momentos mostrou que diversos estudantes em processo de finalização de sua profissionalização na área também tinham definições incorretas e falhas a respeito da atuação do terapeuta ocupacional.

Junte-se a esse desconhecimento da profissão, o despreparo dos profissionais, o estigma e a negligência relacionadas à hanseníase e tem-se: o Brasil como o 1º país do mundo em prevalência da doença, com 12% dos casos diagnosticados apresentando incapacidade instalada no momento da alta, 2% dos casos sem avaliação do grau de incapacidade e ainda 42% dos casos com avaliação, mas sem preenchimento desse dado no momento da notificação.

CONCLUSÃO

Realizar um trabalho de campo não é uma tarefa fácil. O processo de coleta de dados em uma instituição com tantos significados se torna um processo de participação na história que ali se conhece. Não é possível construir informações sobre esse serviço sem considerar a história, o estigma, a vivência

das pessoas que tornam essa instituição tão ímpar entre as tantas espalhadas pelo Brasil.

Não há dúvidas, portanto, a respeito do estranhamento acerca dos motivos da presença da pesquisadora naquele contexto. Após diálogos sucessivos e inteira disposição aos esclarecimentos necessários, a confiança e liberdade resultantes, entre a pesquisadora e os participantes da pesquisa, permitiu a coleta dos dados e as análises que embasam esse estudo.

O profissional de Terapia Ocupacional, que se mostrou presente precisa buscar uma atuação mais marcada no sentido de esclarecer o seu papel. Os usuários, apesar de saberem quem eram as pessoas que atuavam como terapeutas ocupacionais, desconheciam o conceito da profissão.

Esse profissional tem um papel fundamental na integração entre os serviços e, principalmente, na compreensão do usuário como protagonista de sua própria história. Quando estes profissionais, por sua vez, entenderem a importância de seu trabalho na construção das atividades de vida diária do usuário, sem sombra de dúvidas, estarão mais presentes na mudança da qualidade e integralidade no atendimento.

Alguns desafios devem ser superados. Para tanto, o diálogo entre os profissionais dos diferentes setores, a prática da orientação e esclarecimento pleno a cada um dos pacientes ali atendidos, a efetiva execução da busca ativa e a incessante busca pelo diagnóstico precoce dos comunicantes, a oferta de cirurgias e serviços de reabilitação e o registro imediato de todas as ações realizadas serão fundamentais nesse processo.

REFERÊNCIAS

1. Lobo JR, Barreto JCC, Alves LL, Crispim LC, Barreto LA, Duncan LR, et al. Perfil epidemiológico dos pacientes diagnosticados com hanseníase através de exame de contato no município de Campos dos Goytacazes, RJ. Rev Soc Bras Clin Med. 2011; 9(4):283-7.
2. Ministério da Saúde (Br). Portaria nº 3125 de 7 de outubro de 2010. Aprova as Diretrizes para Vigilância, Atenção e Controle da Hanseníase [Internet]. D.O.U. 15 out 2010

[citado em 08 dez. 2014]. Disponível em: <http://www.in.gov.br/imprensa/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=55&data=15/10/2010>.

3. Goulart IMB. Revisitando a política de controle e eliminação da hanseníase no Brasil de 2002 a 2006. Cadernos do Morhan. nov 2006; (Ed esp):21-27.

4. Senado Federal (Br). Decreto nº 20.638 de 9 de novembro de 1931. Regulariza a situação do hospital de leprosos instalado no sítio de Curupaiti, em Jacarepaguá [Internet]. D.O.U. 07 jan. 1932 [citado em 15 dez. 2014]. Disponível em: <http://www6.senado.gov.br/legislacao/ListaTextoIntegral.action?id=26790>.

5. Andrade CG, Costa ICP, Freire MEM, Santos KFO, Gouveia EML, Claudino HG. Hanseníase: compreensão dos agentes comunitários de saúde. Rev Bras Ciênc Saúde. 2011; 15(1):17-24

6. Dussault G. A Gestão dos serviços públicos de saúde: características e exigências. Rev Adm Pública. 1992; 26(2):8-19.

7. Ministério da Saúde (Br), Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Acolhimento nas práticas de produção de saúde. 2ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2010. 44p. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

8. Ministério da Saúde (Br). Portaria nº 594 de 29 de outubro de 2010. Inclui na tabela de serviços especializados/classificação do SCNES-Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, o serviço de atenção integral em hanseníase [Internet]. D.O.U. 04 nov 2010 [citado em 15 dez. 2014]. Disponível em: <http://www.in.gov.br/imprensa/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=78&data=04/11/2010>.

9. Rocha EF, Souza CCBX. Terapia ocupacional em reabilitação na atenção primária à saúde: possibilidades e desafios. Rev Ter Ocup. 2011; 22(1):36-44.

10. Peixoto ACR, Martinho NJ, Peixoto ALR, Pereiria FGF, Landim FLP. Atuação da terapia ocupacional em uma antiga colônia de hanseníase no Estado do Ceará. Cad Saúde Coletiva. 2008; 16(1):67-82.

11. Bergamo MA, Gaspar TL, Toldrá RC. Hanseníase: experiência de grupos terapêuticos. In: Anais do VIII Encontro Latino Americano de Iniciação Científica; 2004; São José dos Campos. São José dos Campos: Universidade do Vale do Paraíba; 2004. p.394-396.

12. Silva MC, Araújo MKV. Terapia ocupacional em saúde mental: evidências baseadas nas portarias do SUS. Rev Baiana Ter Ocup. 2013; 2(1):41-52.

13. Magalhães L. Ocupação e atividade: tendências e tensões conceituais na literatura anglófona da terapia ocupacional e da ciência ocupacional. Cad Ter Ocup UFSCar. 2013; 21(2):255-63.

14. Caniglia M. Terapia ocupacional um enfoque disciplinar. Belo Horizonte: Ophicina de Arte&Prosa; 2005.

CONTRIBUIÇÕES

Luisa Arantes Loureiro participou da concepção, delineamento, coleta, análise e interpretação dos dados, redação do artigo, revisão crítica. **Lenita Lorena Barreto Claro** esteve envolvida com a concepção, delineamento, revisão crítica do artigo. **Ivia Maksud** realizou a orientação na pesquisa original da qual o artigo é um desdobramento.