
PERCEPCIONES ACERCA DE LA TERAPIA OCUPACIONAL EN LA ATENCIÓN DEL PACIENTE CON LEPROA

PERCEPÇÕES SOBRE A TERAPIA OCUPACIONAL NO CUIDADO AO PACIENTE COM HANSENÍASE

PERCEPTIONS ABOUT OCCUPATIONAL THERAPY IN THE CARE OF THE PATIENT WITH LEPROSY

Recibido: 10/08/2014
Aprobado: 29/01/2015

Luisa Arantes Loureiro¹
Lenita Lorena Barreto²
Ivia Maksud³

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 del servicio y fueron realizadas siete entrevistas con los profesionales que trabajan en el área. Se constató dificultad, tanto en los usuarios, como en otros profesionales, para comprender la contribución de los terapeutas ocupacionales en la atención integral a la lepra.

Descriptores: Terapia Ocupacional; Salud Pública; Lepra; Rehabilitación.

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.

¹ Maestría en Salud Colectiva. Docente del Curso de Terapia Ocupacional de la Universidad Federal del Triángulo Mineiro. luisa.loureiro@gmail.com

² Doctora en Salud Pública. Docente de la Universidad Federal Fluminense (UFF). lenitalorena@yahoo.com.br

³ Doctora en Salud Colectiva. Docente de la UFF. iviamaksud@id.uff.br

INTRODUCCIÓN

LA Organización Mundial de la Salud (OMS) define la lepra como un relevante problema de salud pública, siendo que los casos de la enfermedad se concentran en siete países: Brasil, India, Madagascar, Mozambique, Myanmar, Nepal y la República Unida de Tanzania¹.

El boletín epidemiológico de la OMS², de 27 de agosto de 2010, cita que el número de casos notificados, en 2009, por la India, fueron 133.717 y, por el Brasil, 37.610 casos. Esos datos muestran que Brasil es el segundo país en número absoluto de casos, sin embargo al comparar la población de los dos países, Brasil asume el primer lugar en términos de coeficiente de prevalencia.

En relación al tratamiento de la lepra, se utilizan esquemas terapéuticos que son padronizados de acuerdo con la clasificación de la enfermedad, denominados poliquimioterapia (PQT). Para los casos paucibacilares, el tiempo de tratamiento varía de 6 a 9 meses, y, para los casos multibacilares, el tratamiento puede llegar hasta 18 meses².

Las acciones de atención a la lepra son comprendidas en tres esferas: en la atención básica, en la media complejidad y en la alta complejidad. Las acciones de atención básica comprenden acciones de promoción de la salud, diagnóstico, tratamiento y prevención de incapacidades, así como educación en salud, tanto individuales como colectivas. En la media complejidad, son entendidas acciones de diagnóstico y terapias especializadas. Ya en la alta complejidad, la asistencia prestada es de carácter multiprofesional y multidisciplinario, incluyendo cirugías para reparación de secuelas³.

Para los casos de mayor complejidad, los Centros de Referencia ofrecen un atendimento integral, más especializado. En el estado de Río de Janeiro el Centro de Referencia Estatal funciona en el Instituto Estatal de Dermatología Sanitaria – Curupaiti (IEDS), localizado en la ciudad de Río de Janeiro.

Este instituto fue uno de los primeros hospitales para aislamiento de los pacientes

con lepra, reconocido, en 1931, como hospital-colonia de la capital nacional, en la época situada en Río de Janeiro; pero ya funcionaba como tal desde 1928⁴.

Actualmente, los programas de control de la lepra, con vistas a su diagnóstico, tratamiento, prevención de incapacidades y rehabilitación defienden acciones que deben ser compartidas por diferentes profesionales de salud, actuando, de forma ideal, en equipo, en todos los niveles de atención, desde la atención básica hasta los niveles más especializados, como los Centros de Referencia^{5,6}.

El equipo es necesario para el proceso relacional del cuidado, siendo ese encuentro importante en la búsqueda de la manutención y/o recuperación de cierto modo de vivir la vida. Y, los encuentros entre profesional y usuario producen relaciones de escuchas y responsabilidades que constituyen los vínculos y los compromisos acerca de la producción de la salud, favoreciendo el cuidado⁷.

Para atención integral a los pacientes alcanzados por la lepra es necesario un equipo mínima de profesionales, compuesto por médicos, enfermeros, auxiliar o técnico de enfermería, fisioterapeuta y terapeuta ocupacional⁸.

La terapia ocupacional, más de que actuar en la rehabilitación física, cree en el movimiento, en el cambio y en la transformación del individuo con alguna condición de discapacidad. La visión holística para el individuo es uno de los fundamentos de esa profesión, dado que su actuación tiene la finalidad de promover la independencia funcional de la persona, sea ella en las actividades básicas cotidianas, en el trabajo, en el ocio y en la vida social de un modo general.

Pensando en la importancia de la terapia ocupacional en el cuidado de la persona con lepra, este artículo, tiene como objetivo presentar la percepción de los profesionales de salud que actúan con el paciente acometido por la lepra sobre la actuación del terapeuta ocupacional dentro del equipo de atención a ese paciente.

MÉTODO

El presente artículo trae datos de un estudio cualitativo de naturaleza etnográfico, realizado en el Instituto Estatal de Dermatología Sanitaria - IEDS, en el municipio de Río de Janeiro - RJ. La observación permitió el acompañamiento, de actividades realizadas en el servicio.

Fueron realizadas seis entrevistas con los profesionales de salud de diversas áreas que actúan en esa institución, para entender sus percepciones sobre la terapia ocupacional en ese contexto.

Las entrevistas fueron grabadas con el consentimiento de los participantes y posteriormente transcritas, para análisis. Fueron utilizados los siguientes criterios de inclusión/exclusión: estar trabajando con la población acometida por la lepra hace más de dos años y estar insertado en el equipo multiprofesional del Instituto. El material obtenido fue sometido al análisis de contenido temático.

El proyecto fue sometido al Comité de Ética en Investigación de la Universidad Federal Fluminense, siendo aprobado en reunión el día 06/05/2011, siguiendo todos los preceptos éticos necesarios para su realización. Las personas que aceptaron participar de las entrevistas firmaron un término de consentimiento libre y aclarado, el cual contenía las informaciones y objetivos de la investigación.

RESULTADOS

Como resultado de la incursión etnográfica, el universo de investigación fue compuesto por seis profesionales de áreas diversas, con tiempo de actuación en el ambulatorio variando entre 1 y 27 años. Para preservar la identidad de los profesionales, los mismos no fueron distinguidos por especialidad o tiempo de trabajo en el instituto, pues, por el hecho del equipo ser pequeño, eso podría favorecer la identificación de los mismos. A seguir se presentan los discursos dilucidados en la investigación y los mismos son identificados por P (profesional), seguido de un número (1-6).

Una de las terapeutas ocupacionales entrevistadas discurrió sobre las funciones

que cada profesional desarrollaba en el ambulatorio de dermatología del Instituto: *Asistente social tiene un papel del primer contacto con el paciente, de las orientaciones de todas las preguntas que él tiene derecho y que él hace. Psicólogo nosotros no encaminamos todos los pacientes, solo cuando percibimos que tiene alguna alteración, cuando está difícil la cosa ahí nosotros encaminamos, no son todos los pacientes que pasan por psicología no. Enfermería hace toda la parte del medicamento, de los curativos, de los cuidados, orientación también y hasta de prevención. Hay una funcionaria que trabaja conmigo que ella confecciona planilla y yo prescribo. La fisioterapeuta quedó con una parte general, ella no ta muy ligada en lepra, ella atiende todos pero como si fuese una cosa general, no tiene un trabajo específico. Tanto es que el ortopedista de aquí no encamina para la fisioterapia, él encamina para mí (P 5).*

El ambulatorio de dermatología en cuestión no desarrolla el trabajo volcado a las actividades de vida diaria, sin embargo las orientaciones sobre el autocuidado son realizadas en los atendimientos de la terapia ocupacional, durante acciones de prevención de incapacidades, como es relatado abajo: *Yo actúo en la prevención de incapacidad en lepra. La prevención es hecha de la siguiente manera, todo paciente en el momento que es hecho el diagnóstico de la enfermedad pasa por una evaluación neurológica que es hecha por las terapeutas ocupacionales. Y a partir de ahí si nosotros no encontramos ningún problema él va haciendo la reevaluación de dos en dos meses o cuando el paciente tenga alguna queja. Cuando nosotros percibimos que tiene alguna alteración ya instalada ese paciente es visto más de cerca. Ahí nosotros nos acercamos más a él, nosotros no tamos siempre viendo a ese paciente. Y con algunos mismo tenemos que entrar con ejercicios, y orientaciones, más incisivo cuando tiene alguna alteración de sensibilidad, el paciente se puede quemar, se puede herir sin sentir y nosotros hacemos toda la parte de orientación de cuidados y también orientación de ejercicios para preservación de lo que tiene y hasta para mejorar, depende del tiempo y del daño de la lesión. Nosotros tentamos evaluar*

el paciente el día que él viene, principalmente por el pasaje, el paciente viene una vez por mes a tomar la dosis y a buscar el medicamento, entonces aprovechamos esa fecha para ver al paciente, pero no tenemos autonomía de si se precisa verlo en la próxima semana, yo agendo y el paciente viene. Concientización del problema de ella, agasajarlos y acogerlos también, porque la prevención de incapacidad no es solo usted no se puede quemar y etc., acoger a la persona, orientar de lo que es la enfermedad. Desmitificar. Aquí nosotros ganamos mucho espacio. Cuando yo entré ya había dos TOs trabajando aquí ya tenía un trabajo, no era tan valorizado pero ya tenía su espacio. Creo que nosotros conquistamos mucho por razón de ellos creer en nuestra evaluación. Nosotros interferimos en las dosis de corticoides, en la indicación de corticoide. Yo hago una evaluación y digo para el médico que el paciente ta empiorando, él hace la indicación de corticoide, mismo él no viendo al paciente él confía en lo que yo dije. A veces él dice, vamos a esperar una semana más para ver, no vamos dar el corticoide ahora. Entonces nosotros tenemos un papel muy importante en el auxilio diagnóstico y en la indicación de corticoide. Entonces en las neuritis, todos los pacientes pasan por nosotros, pacientes con reacción, uno medio que camina gente, médico y a TO para definir lo que va a suceder con ése paciente, como vamos a lidiar con el corticoide, cuál va a ser la dosis. Nosotros discutimos mucho, ellos solicitan mucho. Pero nosotros fuimos bombardeados, pasamos por muchos bombardeos. Entonces yo decía no sé, y ellos quedaban esperando hasta nosotros saber. Cualquier estado de nervios que tenía diferente ellos me llamaban. Usted tiene que aprender, si usted tá aquí usted tiene que aprender (P 5).

La función de algunos profesionales, a partir de auto relato de éstos se hace evidente en las palabras abajo:

Yo evaluó todos los pacientes con diagnóstico de... sospecha de lepra y en caso se confirme nosotros acompañamos durante el atendimento. Dependiendo, nosotros siempre evaluamos cuando el paciente inicia el tratamiento y cuando tiene el alta. Y en ese

intervalo si el paciente tuviera alguna complicación dependiendo de lo que sea podemos ver al paciente una vez por semana o quince días si no, normalmente yo veo al paciente cada dos meses o, cada tres dependiendo del cuadro. Pero siempre en el inicio y en el alta así é... Yo creo que es valorado, que ellos é..., yo creo que ellos aprendieron ya a respetar, y a conocer el trabajo, principalmente aquí en el ambulatorio, yo no digo allá encima, en el hospital en si ta? Pero yo creo que aquí en el ambulatorio, yo creo que ellos lo ven como una ayuda importante. (P 2)

Yo creo que para nosotros es importantísimo, que como no es una cosa tan dependiente de, como es que voy decir, así de aparato, no es una visión tan medicada, tan técnica, como es una cosa más...no voy a decir que es juguete, tampoco que ustedes no gustan, pero sabe así, yo creo que es mejor, yo creo que es el profesional que se encaja perfectamente para cada tipo de cosa que nosotros precisamos hacer. (...) de ahí entonces es el médico que tiene que decir eso, tiene que tener ese discurso y cada vez, a cada consulta, es la enfermería en la hora que el remedio está siendo administrado, tiene que ver, tiene que preguntar si tiene alguna lastimadura, darle fuerza, la prevención de incapacidad, servicio social, aquí es un lujo que hay psicóloga también, ni en todos lados hay, y también actúan de esa manera rehabilitadora como usted ta enfatizando. (P 3)

En lo que se refiere a la práctica del terapeuta ocupacional de acuerdo con los otros profesionales ha dicho que:

(...) nosotros tenemos aquí en el hospital la suerte de tener, o sea, un buen grupo de terapeutas ocupacionales, yo noto que ellos trabajan con actividades bien concretas, bien físicas muchas veces con prevención de la incapacidad, que ya estén curados, pero que quedaron jubilados alguna cosa así quedan sin una ocupación en la vida. Creo fundamental en el equipo de salud, yo to aquí hace 10 años y no tuve en otros hospitales la experiencia de trabajar con TO y aquí yo tengo mucha. Entonces creo que es el que complementa el equipo, que integra el equipo en la verdad fundamental, especialmente en el ambulatorio

con el trabajo de prevención de incapacidad. Creo que refleja mucho, o sea, si yo conseguí hacer un movimiento que no taba pudiendo hacer allá , si yo pudiese a pesar de mis limitaciones trabajar en ese sentido y ocupar mi tiempo con eso, yo puedo da mi cuidado a ese tratamiento, yo puedo quedar mejor. Creo que trabaja mucho con esa cosa de la esperanza de realmente quedar bien. Creo que es fundamental eso. (P 1).

Yo pienso que en relación a la fisioterapia, está muy entreverado con relación a la prevención de incapacidades, queda muy entreverado sí ta? No está eso muy claro no (P 2).

Mucho, mucho, mucho, orientando, orientando la manera de actuar, cómo proceder en su actividad de vida diaria no?, cómo protegerse, en el caso específico nuestro aquí, los terapeutas hacen, avanzaron un poco y tan implicados en la confección de zapatos con plantillas, barra metatarsiana, esas cosas, yo no sé ni si eso hace parte del menú de la terapia ocupacional o si ya es da... no sé, eso ahí usted que va a decir...si ya es de la fisioterapia, no sé, pero de cualquier forma aquí ya se avanzó para eso, aquí nosotros hacemos una prevención con calzado bastante buena(P 3).

Nosotros tenemos, dentro dolor, como a, atendemos de una cierta manera medio diferenciada esa cuestión de terapia ocupacional y fisioterapia es el gran choque que ustedes tienen, yo sé que parece que al final las terapeutas ocupacionales son vistos como fisioterapeutas, es eso verdad? Usted quiere asociar, quiere decir una terapia al proceso de ocupación de él, que un ama de casa pueda agarrar por ejemplo una escoba más adecuadamente, vamo hablar de la relación ergonómica de una escoba con la mutilación, no existe eso? Entonces, cual es la relación? Entonces eso es la terapia ocupacional y la fisioterapia de una cierta manera, podría, en el momento, en el acto de tener que barrer la casa, en el acto de su vida diaria en el acto de sus atribuciones a hacer una asociación de una funcionalidad para que eso pueda, para que esa patología pueda ser revertida o pueda ser estabilizada o pueda ser desacelerada durante el proceso que él esté ocupado, o en ocupación de sus quehaceres, o

una ocupación previamente determinada por la terapia en que ella pueda también hacer una asociación con esa cuestión como un todo. De todas las maneras posibles, tentando hacer con que ese profesional lo más rápidamente, hablando de la relación capitalista que ese profesional él precisa volver, él precisa tar insertado en la sociedad, él precisa tar up no?, él precisa ta en todas sus buenas condiciones y la terapia ocupacional entraría en ese proceso, tentando hacer como en el proceso funcional no?, de sus ocupaciones o lo más que él pudiese también estar teniendo un proceso, o absorbiendo una terapia que lo ayudase a esa inserción mayor o ese retorno mayor, en lo que él no pueda evolucionar (P 4).

La autoestima de él, la potencialidad de él como persona entiende? Porque es una enfermedad como otra cualquiera, nosotros sabemos que ella discrimina, que ella deja secuela, pero, él tiene que ser diferente, eso que nosotros tenemos que mostrar para él, entonces yo creo que la terapia ocupacional puede mostrar mucho eso, no solo en la lepra que es su objetivo, sino en otras enfermedades, entiende? Mas o menos, no le voy a decir que yo sé, o sea, la función propiamente dicha no, pero, mi impresión, puedo tá errada no?, pero se trata de dar condición para los pacientes de hasta buscar sus habilidades o sus potenciales de usar el cuerpo no? de alguna manera o en una actividad lúdica o en el trabajo manual, no sé si es bueno eso no? Tenía que ser más divulgada, porque tiene poco espacio no? (P 6).

DISCUSIÓN

EL equipo multiprofesional cumple papel esencial en la atención a la persona acometida por la lepra. El Ministerio de Salud define un equipo mínimo para diferentes acciones y complejidades de atención para el atendimento de las personas acometidas por la lepra. Ese equipo es formado por el médico, enfermero, auxiliar o técnico de enfermería, cuando el servicio fuera clasificado como tipo I, desarrollando acciones de educación en salud, vigilancia epidemiológica, diagnóstico, evaluación neurológica y del grado de incapacidad, examen de los contactos, tratamiento,

acompañamiento y prevención de incapacidades con técnicas simples de autocuidado⁸.

Dentro del equipo multiprofesional, el terapeuta ocupacional puede promover acciones relacionadas al desempeño funcional del paciente en sus actividades de vida diaria, a su participación, autonomía e independencia en su ambiente domiciliario y en la comunidad.⁹

La terapia ocupacional en la atención a la lepra utiliza estrategias de intervención para orientar a los pacientes en cuanto a la prevención de incapacidades, autonomía funcional e inserción en la comunidad¹⁰. Este profesional será mediador para que el usuario desarrolle el sentido de responsabilidad por su propia salud, tanto en el nivel asistencial de rehabilitación, como en el preventivo.

La orientación profesional para el usuario, en el momento del acogimiento, se mostró precaria a través de ese estudio. Con la práctica de una orientación bien conducida, el profesional tiende a aproximar al paciente y volverlo agente responsable por su desarrollo, sea en el proceso de rehabilitación, de prevención de incapacidades y mismo en el diagnóstico y tratamiento. Cuando el usuario es convidado a hacer parte del equipo de salud, que trabaja con él como corresponsable por su tratamiento, la consecuencia tiende a ser un usuario consciente, comprometido y multiplicador de informaciones.

Es interesante evaluar las causas de la falta integral de informaciones, del profesional para el paciente, acerca de las conductas y procedimientos realizados. Cuando el profesional no explica lo que está haciendo, cómo es, cual es el objetivo de lo que está haciendo, no permite que los usuarios sepan distinguir lo que está siendo realizado y ni las atribuciones de aquél profesional. Se puede entender, como parte de eso, la inseguridad del profesional en dar "poderes" al paciente cuando éste entiende mejor sus conductas.

Es posible percibir, a través de los relatos, que el foco de la terapia ocupacional en el instituto es la prevención de

incapacidades, hasta como su especialidad, no habiendo muchas acciones volcadas para la rehabilitación y atendimiento en grupo. Eso aparece también en los relatos de los profesionales de otras áreas acerca de la definición de la profesión.

Hay relatos en la literatura¹¹ sobre la experiencia de grupo con pacientes acometidos por la lepra coordinados por terapeuta ocupacional abordando cuestiones relativas a la enfermedad, tales como incapacidades, actividades de la vida diaria, buscando la mejoría en su capacidad funcional. A partir de ese grupo, fue percibida una minimización de las dificultades en todos los participantes, como disminución de contracturas, mejora en la sensibilidad e hidratación de la piel, entre otros. El grupo con los pacientes generó mejoría en el autocuidado, así como valorización personal y mejores condiciones para superación de las limitaciones de la enfermedad.

Durante las entrevistas realizadas en el IEDS, los profesionales definieron las atribuciones de la terapia ocupacional de varias maneras, como la realización de actividades para ocupar el tiempo de los pacientes, como similar a la fisioterapia y como estando relacionada a la funcionalidad y cotidiano.

De acuerdo con estudiosos¹² en el área de la terapia ocupacional, en la antigüedad se creía que las enfermedades eran causadas por el demonio y que, para curarlas, era preciso trabajar, ejercitarse o hacer artesanías para "ocupar" la mente. Así, la escuela precursora de la terapia ocupacional, era el tratamiento moral, que preconizaba la implantación de actividades ocupacionales en los asilos para proporcionar la cura de los enfermos, así como recoger recursos financieros para la institución.

Esos hechos históricos respecto a los inicios de la terapia ocupacional pueden tener influencia en la definición de la misma por los otros profesionales. Otra cuestión frecuente es la distinción de las acciones de esa profesión con las de la fisioterapia. En la atención a la persona acometida por la lepra, los profesionales capacitados para realización de la evaluación del grado de

incapacidad son el terapeuta ocupacional y el fisioterapeuta, lo que contribuye para mantener esa confusión. Como en el ambulatorio estudiado, la terapia ocupacional realiza predominantemente acciones de evaluación del grado de incapacidad, se observó dificultad en la definición de las atribuciones de las dos profesiones.

Algunos teóricos del área de terapia ocupacional relatan que la profesión es pasible de una pluralidad de definiciones, visto que congrega diferentes escuelas de pensamiento, no existiendo una única respuesta correcta acerca de su definición¹³. Pensando en eso, es posible percibir que, a pesar de los diferentes enfoques dados para definir la terapia ocupacional, los profesionales entrevistados consiguieron relatar lo que es esencial en el proceso de atendimento a la persona acometida por la lepra.

Existen tres formas de definición de la terapia ocupacional. Una de ellas define la profesión por los recursos utilizados, otra, la define por las relaciones entre terapeuta-actividad-paciente, y la última, define la profesión por el objeto de trabajo, o sea, el hacer humano, su desempeño ocupacional¹⁴.

El análisis de las entrevistas mostró que los profesionales definieron la profesión coherentemente con su nivel de relación con el terapeuta ocupacional, no determinando lo bueno o lo malo de su actuación. Muchas de esas percepciones están claramente vinculadas, entonces, a la experiencia de los profesionales en el trato con el terapeuta ocupacional. La manera con que el profesional de terapia ocupacional ejerce su profesión define el entendimiento del universo a su alrededor y respecto a su trabajo. Una inmersión en el local de la investigación en otros momentos mostró que diversos estudiantes en proceso de finalización de su profesión en el área también tenían definiciones incorrectas y fallas respecto de la actuación del terapeuta ocupacional.

Junto a ese desconocimiento de la profesión, la falta de preparación de los profesionales, el estigma y la negligencia

relacionadas a la lepra se deduce: el Brasil es el 1º país del mundo con prevalencia de la enfermedad, con 12% de los casos diagnosticados presentando incapacidad instalada en el momento del alta, 2% de los casos sin evaluación del grado de incapacidad y además 42% de los casos con evaluación, pero sin llenar esos datos en el momento de la notificación.

CONCLUSIÓN

Realizar un trabajo de campo no es una tarea fácil. El proceso de recopilación de datos en una institución con tantos significados se torna un proceso de participación en la historia que allí se conoce. No es posible construir informaciones sobre ese servicio sin considerar la historia, el estigma, la vivencia de las personas que vuelven esa institución tan impar entre las tantas diseminadas por el Brasil.

No hay dudas, por lo tanto, respecto del alejamiento acerca de los motivos de la presencia de la investigadora en aquel contexto. Después de diálogos sucesivos y entera disposición a los esclarecimientos necesarios, la confianza y libertad resultantes, entre la investigadora y los participantes de la investigación, permitió la recopilación de los datos y los análisis en que se basa ese estudio.

El profesional de Terapia Ocupacional, que se mostró presente precisa buscar una actuación más marcada en el sentido de aclarar su papel. Los usuarios, a pesar de saber quiénes eran las personas que actuaban como terapeutas ocupacionales, desconocían el concepto de la profesión.

Ese profesional tiene un papel fundamental en la integración entre los servicios y, principalmente, en la comprensión del usuario como protagonista de su propia historia. Cuando estos profesionales, a su vez, entiendan la importancia de su trabajo en la construcción de las actividades de vida diaria del usuario, sin sombra de dudas, estarán más presentes en el cambio de la calidad e integridad en el atendimento.

Algunos desafíos deben ser superados. Para eso, el diálogo entre los profesionales de

los diferentes sectores, la práctica de la orientación y esclarecimiento pleno a cada uno de los pacientes allí atendidos, la efectiva ejecución de la búsqueda activa y la incesante búsqueda por el diagnóstico precoz de los comunicantes, la oferta de cirugías y servicios de rehabilitación y el registro inmediato de todas las acciones realizadas serán fundamentales en ese proceso.

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, Pereira 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.

CONTRIBUCIONES

Luisa Arantes Loureiro participó del diseño, delineamiento, recopilación, análisis e interpretación de los datos, redacción del artículo, revisión crítica. **Lenita Lorena Barreto Claro** estuvo involucrada con el diseño, delineamiento, revisión crítica del artículo. **Ivia Maksud** realizó la orientación en la investigación original de la cual el artículo es una rama.