

# O Papel do terapeuta ocupacional na hanseníase: atuação no estado de São Paulo

## INTRODUÇÃO

**A** hanseníase é, ainda, uma doença temida devido ao seu grande potencial incapacitante.

No Brasil, de acordo com o Ministério da Saúde, há um registro oficial de 239 mil casos em 1986, com uma estimativa de 260 mil em 1987. Com relação a 1987 houve um crescimento de 30% correspondentes a 19 mil casos novos. Tal produção coloca-o entre os três países que têm o maior índice de ocorrência no mundo, ao lado da Nigéria e Índia (OESP, 1984). Com relação à América Latina, é responsável por 80% de todos os casos conhecidos. É importante ressaltar que os números acima poderão estar bem abaixo do número real, estimado pelos técnicos do próprio Ministério da Saúde em 500 mil hansenianos.

Apesar de hoje reconhecer-se que a hanseníase é responsável por maior número de pessoas incapacitadas do que a paralisia infantil, por exemplo, há uma dificuldade em se realizar campanhas no sentido de orientar a população. O programa de combate à hanseníase prevê uma divulgação nos meios de comunicação a cada trimestre (OESP, 1988).

Apesar destes esforços governa-

mentais, o hanseniano ainda carrega um estigma muito forte, devido às deformidades que apresenta, as quais são passíveis de serem evitadas.

Na tentativa de controle epidemiológico surgiram as primeiras colônias de hansenianos, que somam hoje 20, em todo o país (Campos, 1942). A idéia de isolamento foi copiada dos modelos de leprosários que surgiram na Idade Média, segundo Foucault.

No Estado de São Paulo foram criados cinco asilos-colônia, sendo o mais antigo o de Santo Ângelo, datado de 1928 (CAMPOS, 1942). Atualmente os asilos foram transformados em quatro hospitais de Dermatologia Sanitária e a ênfase está sendo dada para o tratamento ambulatorial.

É importante ressaltar que grande parte dos pacientes que procuram o tratamento já apresentam algum tipo de incapacidade, em geral de grau 2, de acordo com a classificação da Organização Mundial da Saúde, desde o momento do diagnóstico.

Os fatos acima apontam para a necessidade de um controle mais efetivo no que diz respeito não apenas à doença em si,

---

\* Do Departamento de Fisioterapia e Terapia Ocupacional da Universidade Federal de São Carlos. Via Washington Luiz, km 235 - C.P. 676 - CEP 13560 - São Carlos - SP.

---

mas principalmente à prevenção de incapacidades.

Neste sentido o documento elaborado pela DNDS (Divisão Nacional de Dermatologia Sanitária) do Ministério da Saúde, com o título: "Propostas para o Controle da Endemia Hanseníca no Brasil – 1986-1990", enfatiza o treinamento em larga escala de todas as categorias, incluindo aqui terapeutas ocupacionais e a implementação de centros de prevenção e reabilitação de incapacidades físicas em hanseníase.

## **HISTÓRIA DA TERAPIA OCUPACIONAL NO ATENDIMENTO A HANSENIANOS**

Para melhor compreensão da evolução do papel profissional da Terapia Ocupacional, dividiu-se este capítulo em duas partes: na primeira parte analisa-se o papel do profissional nos hospitais e num ambulatório e na segunda, nos centros de saúde.

### **Terapia Ocupacional nos Hospitais de Dermatologia Sanitária**

O papel da Terapia Ocupacional em hanseníase tem início no Hospital Lauro de Souza Lima e foi no Jornal Fênix, publicação do próprio hospital, em 1975, que se tem os propósitos da intervenção terapêutica ocupacional naquela instituição.

" Os objetivos da Terapia Ocupacional com pacientes portadores da hanseníase são: a prevenção de deformidade e restauração física, o ajustamento e avaliação pré-vocacional. Na prevenção e restauração física, o valor da Terapia Ocupacional está no envolvimento físico e mental do paciente, numa atividade construtiva que promoverá os exercícios funcionais necessários para o desenvolvimento normal da parte afetada. (...) para tanto o seu tratamento visará: a) desenvolvimento de força muscular, aumento e manutenção dos limites de movimento do membro superior; b) coordenação de ação muscular; c) treinamento de coordenação olho-mão quando os distúrbios da sensação forem presentes; d) fabricação de splints e adaptações que auxiliem o paciente na restauração da função; e)

treinamento e reconhecimento de adaptação para as atividades da vida diária, perigosas para as mãos insensíveis; f) reeducação muscular; g) desenvolvimento de tolerância física ao trabalho; h) desenvolvimento de habilidades latentes e atitudes corretas em preparação para o treinamento vocacional e reabilitação profissional."

No início de 1976 houve contratação de Terapeuta Ocupacional para atuar num ambulatório especializado no atendimento a hansenianos, na cidade de São Paulo. No ano de 1977, o artigo denominado: "A atuação do Terapeuta Ocupacional em pacientes portadores de hanseníase", apresentado no 4º Encontro Científico Paulista de Terapia Ocupacional, relata o tipo de intervenção feita:

" O programa de Terapia Ocupacional visa sempre a prevenção ou restauração física dos problemas detectados na avaliação (capacidade de preensão, habilidades mono e bimanuais, adaptação à deficiência; as atitudes do paciente e como o mesmo encara a moléstia e suas dificuldades).

O objetivo principal é explorar a capacidade funcional máxima do paciente, através de atividades que aumentem ou desenvolvam a força muscular, aumentem a amplitude articular, treinem a coordenação viso-motora para casos de insensibilidade nas mãos (importante porque o paciente se fere, queima ou traumatiza com muito mais facilidade), dêem resistência psicofísica, e o adaptem à doença e a sua deficiência. As atividades são iguais às desenvolvidas com pacientes deficientes físicos (atividade em couro, madeira, fios, linhas, metal, cerâmica, pintura, costura, desenho, datilografia). Desenvolvem-se também atividades recreativas em grupo. Nos casos de início das garras dos dedos mínimo e anular usam-se splint de gesso de fácil confecção, utilizado pelo paciente à noite, deixando as mãos livres durante o dia. O splint é moldado na mão do paciente, encobrindo os dedos mínimo e anular e deixando os demais livres. Um ponto

importante é orientar o paciente nas atividades da vida diária. Uma das queixas mais habituais é a da incapacidade de segurar corretamente os talheres, problema solucionado com o envolvimento de espuma no cabo dos mesmos.

Na discussão em grupo com pacientes donas-de-casa obtêm-se sempre resultados positivos já que todas se conscientizam dos cuidados que devem tomar com as mãos ao realizar as tarefas domésticas.

Quando o paciente é diagnosticado como portador de hanseníase geralmente sofre um trauma e há um desajuste psicológico ocasionado pela mudança na sua rotina. A necessidade de um tratamento longo, afastamento de seu trabalho, medo de contagiar seus familiares e medo de afastamento dos amigos e parentes fazem com que o paciente se isole completamente do convívio social. Problemas como alcoolismo e dependência hospitalar são atitudes comumente encontradas entre os pacientes. Outra característica dos pacientes mais antigos é a revolta ocasionada pela internação compulsória e isolamento total da sociedade. A Terapia Ocupacional, através das atividades, mostra os aspectos positivos, as capacidades residuais e dá condições para que o paciente se valorize e aceite as suas limitações.

O fator de maior importância da Terapia Ocupacional no tratamento com os pacientes com hanseníase é o contato físico. A manipulação das mãos dos pacientes na avaliação ou programa constitui base para obter do paciente colaboração e aceitação do programa específico e também no tratamento em geral".

Como se pode observar a atuação do profissional enfatizava os aspectos secundários e terciários da atenção à saúde, ou seja, a intervenção só ocorria quando se detectava algum tipo de incapacidade, mesmo no caso de atuação em ambulatório. E apesar de se observar menção aos aspectos psicossociais nos dois relatos,

tem-se claro que a abordagem central do tratamento era quanto aos aspectos físicos dos pacientes.

### **Terapia Ocupacional nos Centros de Saúde**

Na década de 80 a profissão, ao refletir sobre sua atuação, ampliou sua prática através da atenção primária à saúde. Neste contexto, os terapeutas ocupacionais que atuavam com os hansenianos seguiram a tendência da profissão e dos programas de saúde. Num primeiro momento a preocupação permaneceu atrelada ao atendimento de pacientes que apresentassem algum comprometimento, mas sem necessidade de intervir numa linha terciária (de reabilitação).

A atenção primária na atuação com pacientes hansenianos está ganhando destaque oficial nos últimos três anos. O crescente número de terapeutas ocupacionais, fruto do aumento do número de cursos, ressaltaram a formação para se atuar junto ao hanseniano, fizeram com que os Centros de Saúde integrassem este profissional em seus quadros. A formação do Terapeuta Ocupacional em hanseníase teve início com o curso de Terapia Ocupacional da Pontifícia Universidade Católica de Campinas, no final da década anterior.

No Estado de São Paulo foram criados os GEPROS (Grupos Especiais de Programas), na Secretaria de Estado da Saúde e em 1987 foi criado o GEPRO Hanseníase que entre os objetivos principais estabeleceu como prioridade a implementação do programa de prevenção de incapacidades por técnicas simples.

No documento elaborado por esse grupo foram criados os Centros de Prevenção de Incapacidades (C.P.I.) que atualmente são 10: 7 na grande São Paulo e 3 no interior do Estado para onde são encaminhados os pacientes apresentando algum tipo de comprometimento que não puderam ou não podem ser devidamente tratados nos Centros de Saúde. Nos C.P.Is o terapeuta ocupacional, além das funções técnicas, tem o papel de treinador do pessoal auxiliar em prevenção de incapacidades.

O documento do GEPRO preconiza que:

"as atividades de Terapia Ocupacional são indicadas de acordo com o grau de acometimento aos:

a) pacientes com parestesia, hipostesia e/ou paresia

- \* orientações sobre a doença;
- \* conscientização de áreas hipostésicas e adaptações de A.V.D. (atividades da vida diária), se necessário;
- \* participação no programa de atividades para restauração de força muscular e para estimular a sensibilidade;
- \* palmilhas.

b) pacientes com anestesia e/ou paralisia

- \* orientação sobre a doença e sobre P.I.;
- \* splints estáticos ou dinâmicos para mobilidade articular (manutenção ou ganho de amplitude de movimentos);
- \* programa de adaptação nas A. V. D. (atividades da vida diária) ou nas A. V. P. (atividades da vida prática);
- \* programa de pré e pós-operatório quando o paciente está sendo encaminhado para cirurgia;
- \* prescrição para adaptação de calçados.

c) pacientes com neurites

\* imobilizações, avaliação sensitiva periódica para descrever e relatar a evolução (piora ou melhora) do tronco nervoso comprometido;

Ao ceder a fase aguda o tratamento consiste na melhoria da paresia ou parestesia.

O mapeamento sensitivo consiste em:

- \* pesquisa da sensibilidade térmica;
- \* pesquisa da sensibilidade dolorosa;
- \* pesquisa da sensibilidade tátil (consiste em tocar dois pontos de modo dinâmico e estático e na utilização de fio de nylon com graduação: 0,5gr, 2,0gr, 5,0gr e 10,0gr).

d) avaliação funcional

- \* para detectar dentro da escala de função o diagnóstico e índice funcional

com controle periódico;

\* reeducação da preensão para tratamento das paresias;

\* prescrição de adaptação em ferramentas de trabalho e utensílios domésticos.

e) avaliação profissional

\* pacientes que apresentam seqüelas e que tenham dificuldade para dar continuidade em suas atividades profissionais receberão orientação para adaptações nos autocuidados e nas ferramentas de trabalho;

\* quando necessitar de mudança na atividade profissional serão encaminhados aos Centros de Reabilitação Profissional, visando sua integração social."

As atribuições acima enfatizam, primordialmente, o aspecto físico do paciente que, sem dúvida, deve se constituir em uma das principais metas de atendimento. Mas o próprio documento sobre prevenção de incapacidades estabeleceu como objetivo:

"a ampliação do conceito de incapacidade transcendendo o plano físico e abrangendo o plano psicossocial para estimular no paciente a auto-valorização e a auto-estima". (Secretaria de Estado da Saúde, 1989).

O processo de capacitação funcional torna-se inválido se não forem abordados os aspectos psicológicos e sociais de hanseníase.

Para alcançar parte deste objetivo a Terapia Ocupacional tem como recurso as atividades em grupo que são importantes para que os pacientes troquem as experiências e possam conhecer as dificuldades dos demais. As atividades, ao lado do aspecto preventivo físico, um dos eixos de destaque da profissão, pois sejam artesanais, de A.V.D. (por exemplo, cozinhar e cuidados com horta e/ou jardim), expressivas (dança, música, dramatização, relaxamento), plásticas (pintura e desenho), permitem aos pacientes a oportunidade de se conhecerem, de relacionarem suas próprias dificuldades com as dos outros, va-

lorizarem as capacidades remanescentes ou ainda as que são *descobertas* no processo. Observa-se com freqüência os *insights* de pacientes que se vêem com possibilidades de atuarem em ocupações e funções nunca cogitadas pelos mesmos.

Outro ponto que deve ser destacado são as visitas domiciliares, feitas pelo terapeuta ocupacional para se conhecer a realidade do paciente e sua família. Elas permitem constatar, *in loco*, o tipo de atividade que o paciente realiza em sua casa, as adaptações de que necessita, além de se observar o relacionamento deste com sua família. As orientações quanto à prevenção de incapacidades devem ser dadas em conjunto com um familiar mais próximo, pois o apoio da família é fundamental para que o paciente valorize as medidas terapêuticas a serem adotadas. Através de atividades em conjunto com um membro da família (colagem, jardinagem, AVD, jornal mural) possibilita-se ao mesmo visualizar a necessidade de apoiar o paciente nas atividades mais corriqueiras além de se retirar também um aspecto patológico do quadro familiar, que em geral se estabelece quando se diagnostica hanseníase. As discussões acerca do medo da doença, do contágio, do preconceito, da rejeição social tornam-se mais proíficas se feitas através de vivências psicodramáticas. Ao se dramatizar um tema (como por exemplo, o tratamento da doença) os pacientes e familiares podem transmitir ao terapeuta ocupacional suas dúvidas e inseguranças com relação à doença e como tudo isto contribui para outras dificuldades detectadas. Temos observado que o psicodrama pedagógico é um valioso auxiliar para erradicar, às vezes, de modo definitivo muitas das dúvidas que cercam o paciente e seus familiares.

Outra questão fundamental é a ocupação ou função exercida pelo paciente no seu trabalho. O terapeuta ocupacional ao

prescrever uma adaptação à ferramenta ou máquina para evitar maiores comprometimentos deve constatar como o paciente executa a tarefa, no próprio local de trabalho. O contato com o superior imediato do paciente para explicitar a importância da adaptação ou mesmo mudança na função exercida constitui uma das formas de educação à comunidade, com a finalidade de diminuir preconceitos existentes.

Um aspecto que consideramos importante e que não foi destacado no referido documento é o papel do terapeuta ocupacional na elucidação diagnóstica. O mapeamento sensitivo detalhado permite confirmar ou não o acometimento neural que é muitas vezes incipiente, permitindo diagnosticar a doença precocemente.

O papel do profissional na equipe multiprofissional do C.P.I. está valorizado mas não se tem claro qual a sua função no contexto geral (em nível de articulação com outros profissionais), não se tendo explicitado as atribuições específicas do Terapeuta Ocupacional como também as relações interprofissionais que devem ser estabelecidas.

Faltou explicitar ainda o papel do profissional em nível de planejamento no GEPRO. É relevante ter no quadro do grupo um terapeuta ocupacional como assessor técnico que gerenciasse as atividades de outros terapeutas ocupacionais atuantes nos C.P.Is, que se articulasse com os terapeutas ocupacionais de outros GEPROS e também junto à comunidade.

Apesar das *lacunas* acima apontadas no que diz respeito à proposta de intervenção, é importantíssimo destacar o reconhecimento oficial do profissional na prevenção de incapacidades em hanseníase, no Estado de São Paulo. Observa-se pois a consolidação de uma nova forma de atuar, ressaltando-se que esta, em nível ambulatorial, é, ainda, um fato muito recente.

## RESUMO

O artigo trata da evolução do papel do terapeuta ocupacional, no atendimento a pacientes hansenianos.

No primeiro momento são destacadas as atuações nos hospitais e ambulatórios especializados, com análise do tipo de intervenção realizada. No outro, são analisadas as novas formas de atuação nos Centros de Saúde, com ênfase na atenção primária.

O estudo foi completado com uma análise crítica de um documento oficial que descreve as atribuições dos terapeutas ocupacionais nessa área.

**Descritores:** HANSENÍASE/reabilitação  
SERVIÇOS DE SAÚDE COMUNITÁRIA/organização  
TERAPIA OCUPACIONAL

**ABSTRACT**

*This article is about the occupational therapist's role evolution in treating leprosy patients. The treatment procedures used in hospitals and specialized out-patients clinics are focused and these modes of intervention are analyzed in relation to their outcome. A second point is focused and analysed on the new treatment procedures used in public health centers, emphasizing primary care. This study was completed by a critical review of a document which discriminates the O.Ts. attributions in this clinical area.*

**KEYWORDS:** LEPROSY/rehabilitation  
COMMUNITY HEALTH SERVICES/organization  
OCCUPATIONAL THERAPY

**REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

- CAMPOS, N. S. 1942. *História da endemia leprótica em S. Paulo*. Monografia.
- FOLHA DE S. PAULO. *Um brasileiro é contagiado pela hanseníase a cada 30 minutos*. 4/4/89.
- FOUCAULT, M. 1978. *A história da loucura na Idade Clássica*. (trad.) José Teixeira Coelho Netto, SP, Perspectiva, cap. 1.
- O ESTADO DE S. PAULO. *Casos de hanseníase aumentam em 30%*. 31/1/89.
- . *Descaso no combate à hanseníase*. 19/2/89.
- OLIVEIRA, M. L. W. 1986. *Propostas para o controle da endemia hanseníase no Brasil, 1986-1990*. Divisão Nac. Dermat. Sanitária, Ministério da Saúde.
- SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE-CADAIS GEPRO HANSENÍASE. *Relatório final de trabalho dos grupos técnicos*. 1º Encontro Estadual de Hanseníase, de 24 a 26/5/89, SP.
- TOYODA, C. Y. 1977. *A atuação da terapeuta ocupacional em pacientes portadores de hanseníase*. 4º Encontro Científico Paulista de Terapeutas Ocupacionais.
- . 1989. *A Terapia Ocupacional no controle das incapacidades em hanseníase*. Trabalho apresentado no 1º Congresso Brasileiro de Terapia Ocupacional, Recife, PE.
- VILLAR, I. A. 1975. *Terapia Ocupacional no Hospital Lauro de Souza Lima*. Jornal Fênix, p. 3.