

LABORO - EXCELENCIA EM PÓS-GRADUAÇÃO
UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

KEYLA REGIANI GOMES DE CARVALHO
LUCIANA AMORIM SANTOS JACINTO

O DIFERENCIAL DA POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO NA
ASSISTÊNCIA À SAÚDE E A ATUAÇÃO DO TERAPEUTA OCUPACIONAL
COMO COOPERADOR NESTE PROCESSO

São Luís

2008

KEYLA REGIANI GOMES DE CARVALHO
LUCIANA AMORIM SANTOS JACINTO

**O DIFERENCIAL DA POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO NA
ASSISTÊNCIA À SAÚDE, E A ATUAÇÃO DO TERAPEUTA OCUPACIONAL
COMO COOPERADOR NESTE PROCESSO.**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Saúde da Família do LABORO - Excelência em Pós-Graduação /Universidade Estácio de Sá, para obtenção do título de Especialista em Saúde da Família .

Orientadora: Professora Doutora Mônica Elinor Alves Gama

São Luís

2008

Carvalho, Keyla Regiani Gomes de.

O diferencial da Política Nacional de Humanização na assistência à saúde e a atuação do Terapeuta Ocupacional como cooperador neste processo. Keyla Regiani Gomes de Carvalho; Luciana Amorim Santos Jacinto. - São Luís, 2008.

36f.

Trabalho de Conclusão de Curso (Pós-Graduação em Saúde da Família) – Curso de Especialização em Saúde da Família, LABORO - Excelência em Pós-Graduação, Universidade Estácio de Sá, 2008.

1. Política Nacional de Humanização. 2. SUS. 3. Terapia Ocupacional. 4. Hospital I. Título.

CDU 614

KEYLA REGIANI GOMES DE CARVALHO
LUCIANA AMORIM SANTOS JACINTO

**O DIFERENCIAL DA POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO NA
ASSISTÊNCIA A SAÚDE E A ATUAÇÃO DO TERAPEUTA OCUPACIONAL
COMO COOPERADOR NESTE PROCESSO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Saúde da Família do LABORO - Excelência em Pós-Graduação /Universidade Estácio de Sá, para obtenção do título de Especialista em Saúde da Família .

Aprovado em: / /

BANCA EXAMINADORA

Profa. Mônica Elinor Alves Gama (Orientadora)

Doutora em Medicina

Universidade de São Paulo-USP

Profa. Árina Santos Ribeiro

Mestre em Saúde Ambiente

Universidade Federal do Maranhão-UFMA

A Deus, nossa gratidão por tudo que somos e fazemos. A nossos pais Rosa e Bernardo (in memoriam); Raimunda (in memoriam) e Orlando (in memoriam), pela oportunidade da vida e exemplos de dignidade e amor. Aos nossos irmãos Marcelo (in memoriam) e Rodrigo, pelo companheirismo e carinho.

AGRADECIMENTOS

À DEUS, nossa fonte de vida, nosso Senhor e Salvador.

Aos nossos pais Rosa Amélia Gomes de Carvalho e Bernardo Ramos de Carvalho Filho(in memoriam) ;Raimunda Amorim Santos Jacinto (in memoriam) e Orlando Santos Jacinto Junior(in memoriam) pela condução de nossas vidas,por estarem sempre presentes , mesmo alguns ausentes, através de seus exemplos de vida e sabedoria.Por todos momentos que cederam de suas vontades para realizar um sonho nosso ,por tudo que até hoje representam em nossos corações e mentes.

Aos nossos irmãos Marcelo Gomes de Carvalho (in memoriam); Rodrigo Amorim Santos Jacinto, dádivas de DEUS em nossas vidas, por todo carinho e compreensão, pelo exemplo de otimismo e fé.

Aos nossos familiares, em especial aos tios Cassiano e Mary; Alice, Gracinha e Leúde, por estarem sempre perto, por todas as palavras de amor e incentivo, e simplesmente por existirem.

A Dr^a Mônica Gama, nossa orientadora, pela paciência, dedicação e conhecimento dispensados neste trabalho.

A prof^a Arina Santos Ribeiro pela atenção e conhecimento repassados a este trabalho.

A Bibliotecária Eudes Garcês, pela paciência e atenção.

A Taciana Nogueira de Sousa pela paciência e atenção.

A todos nossos amigos, em especial Márcia Rostas,Letícia Sousa, Davi Luna, Maressa Soares, Márcia, Roseane, Dean, Adriano Marcos e Giselle Prazeres.

“A sabedoria é árvore que dá vida a quem a abraça; quem a ela se apegar será abençoado.”

Provérbios 3:18

RESUMO

O presente trabalho é uma pesquisa documental realizada em sites científicos e publicações na forma escrita, isto é, uma revisão de literatura. Tem como objetivo analisar a Política Nacional de Humanização, com ênfase na assistência hospitalar e a atuação do Terapeuta Ocupacional como cooperador neste processo. Mais especificamente, visa identificar o diferencial da Política Nacional de Humanização na assistência à saúde, discorrer sobre a Terapia Ocupacional como cooperadora no desenvolvimento da Política Nacional de Humanização no ambiente hospitalar, bem como conhecer a assistência hospitalar a partir da Política Nacional de Humanização. De acordo com os objetivos propostos, há necessidade de evolução das políticas de gestão da saúde para melhorar a qualidade e eficiência no Sistema Único de Saúde, deixando o ambiente hospitalar apto para acolher, de forma resolutiva, os usuários, não apenas focando numa assistência paciente-profissional, mas principalmente olhando o usuário como cliente. Trata-se da atuação do Terapeuta Ocupacional como cooperador para esta política, pois desde sua formação profissional vê o ser como holístico.

Palavras-chave: Política Nacional de Humanização. SUS. Terapia Ocupacional. Hospital.

ABSTRACT

This work is a documentary research conducted on sites and scientific publications in written form, that is, a review of literature. Its objective review the National Policy on Humanization, with emphasis on hospital care and the performance of the Occupational Therapist as cooperador in this process. More specifically, to identify the differential of the National Policy on Humanization in health care, talk about the Occupational Therapy as cooperadora in the development of National Policy Humanization of the hospital environment, and learn about hospital care from the National Policy on Humanization. According to the proposed objectives, identified the need for development of management policies of health to improve quality and efficiency in the Single Health System, leaving the hospital environment able to host, so decisive, users, not just focusing a patient-care professional, but mainly looking at you as a client. It is the role of Occupational Therapist as a cooperador for this policy, because since its vocational training to be seen as holistic.

Keywords: Humanization of the National Polity. S.U.S. Occupational Therapy. Hospital.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	11
2	OBJETIVOS.....	13
2.1	Geral	13
2.2	Específicos.....	13
3	METODOLOGIA.....	14
3.1	Revisão da literatura.....	14
4	O DIFERENCIAL DA POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO PARA O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE.....	15
5	ASSISTÊNCIA HOSPITALAR A PARTIR DA POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO.....	21
6	A CONTRIBUIÇÃO DO TERAPEUTA OCUPACIONAL PARA O DESENVOLVIMENTO DA POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO NO AMBIENTE HOSPITALAR.....	26
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	32

1 INTRODUÇÃO

Saúde é direito de todos e dever do Estado. Entende-se com isso a importância de a Constituição de nosso País garantir saúde aos cidadãos, representando, assim, uma conquista para o povo brasileiro. Esta obtenção vem a cada momento buscando superar conflitos e barreiras que venham dificultar o funcionalismo do tão sonhado lema da saúde. Segundo a Constituição Federal de 1988, Artigo 196 estabelece que “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação”.

De acordo com Gama; Tonial; Simões (2005), o SUS possui como princípios a Integralidade, Universalidade e Equidade de serviços. E junto a esses princípios há um comprometimento de prevenir, cuidar, proteger, tratar, recuperar, promover, enfim, produzir saúde. Apesar desses avanços, o sistema de saúde possui ainda problemas que persistem a não ter soluções, como nos cita o Comitê Estadual de desenvolvimento da Política Nacional de Humanização (2008), com destaque, entre outros motivos, de uma assistência burocrática, profissional mal capacitado, gestão despreparada, relação diagnóstico-cura e frágil vínculo com o usuário, ou seja, problemas que acabam vindo em contradição aos princípios do nosso Sistema de Saúde.

Então, há necessidade de mudanças. Mudança no modelo de atenção na saúde que deve, para se tornar eficaz, ter início no modelo da gestão. Diante desses problemas, o Ministério da Saúde propôs a criação da Política Nacional de Humanização. Desse modo, no momento que se assume a humanização como política, sua implementação apresenta-se não só como um desafio, mas principalmente como a necessidade de reavaliar conceitos e práticas.

Queremos um SUS com mudanças. Mudanças no modelo de atenção que não se farão, a nosso ver, sem mudanças no modelo de gestão. Para isso, estamos construindo uma política que nomeamos Política Nacional de Humanização da atenção e gestão no Sistema Único de Saúde - HumanizaSUS. (Brasil, 2004)

Para Barros (2008) a PNH deve como política, traduzir princípios e modos de operar na relação gestão-profissionais e usuários. As idéias, o planejamento, a organização, a direção, a avaliação e principalmente a tomada de decisões devem estar unidos para realizar trocas solidárias e eficazes. Nesse sentido, a humanização propõe diálogo entre os indivíduos que compõem a rede de saúde, inclusive os usuários.

Essa proposta de melhora não pode ser visto como algo utópico, mas como algo que necessita de empenho. Sabe-se das dificuldades que há na mudança e na transformação, porém não se deve acanhar diante desta renovação. “A PNH não é para nós um mero conjunto de propostas abstratas que esperamos poder tornar concreto. Ao contrário, partimos do SUS que dá certo.” (BRASIL, 2004)

Considerando que para uma assistência resolutiva e que se propõe a dá certo, é necessária uma equipe multiprofissional, onde todos estes olhares pudessem convergir para trazer ao usuário a melhoria de sua qualidade de vida. Neste modelo humanístico e abrangente, deve-se pensar na equipe multiprofissional como fator indispensável para otimizar os resultados deste programa. Para Velloso (2008), é impensável que apenas alguns profissionais consigam exercer com eficiência as ações de saúde. Ao todo, na área da saúde, são 14 as profissões de nível superior que estão habilitadas para executar como equipe suas habilidades próprias e tornar a assistência hospitalar mais qualificada, são elas: Biomedicina, Biologia, Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina, Medicina Veterinária, Nutrição, Odontologia, Psicologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional.

Assim, discorre-se sobre a atuação do profissional de Terapia Ocupacional na assistência hospitalar, contribuindo com a Política Nacional de Humanização. Apesar de ser muito conhecida, por ter sua regulamentação desde 1969, muitas vezes não é entendida como ciência, pois o próprio nome nos sugestiona uma ocupação pura e simples. Todas as atividades propostas e desenvolvidas são previamente estudadas, de acordo com o contexto de vida do paciente, para que a atividade tenha um significado pessoal, colocando em evidência as propostas da PNH.

De acordo com o exposto, vê-se a necessidade de analisar a assistência hospitalar do SUS, destacando a PNH como facilitadora dos princípios estabelecidos pelo SUS, e a atuação do Terapeuta Ocupacional como cooperador na assistência à saúde.

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

- Analisar a Política Nacional de Humanização, com ênfase na assistência hospitalar e na atuação do Terapeuta Ocupacional como cooperador neste processo.

2.2 Específicos

- Identificar o diferencial da Política Nacional de Humanização na assistência à saúde;
- Discorrer sobre a assistência hospitalar a partir da Política Nacional de Humanização;
- Discorrer sobre a Terapia Ocupacional como cooperadora no desenvolvimento da Política Nacional de Humanização no ambiente hospitalar.

3 METODOLOGIA

A pesquisa realizada neste estudo trata-se de uma revisão de literatura.

3.1 Revisão de literatura

Consideram-se como referencial para estruturação da presente revisão os passos propostos por Castro (2001).

- **Formulação da pergunta:**

O que a literatura descreve sobre a importância da Política Nacional de Humanização na assistência hospitalar do SUS e como o Terapeuta Ocupacional pode contribuir para o desenvolvimento das diretrizes dessa Política no ambiente hospitalar?

- **Localização e seleção de estudos**

É uma Pesquisa documental. Foram consultados sites científicos e publicações na forma escrita, para coleta dos dados acerca do processo de organização e estruturação do SUS no decorrer dos anos, da PNH, da assistência hospitalar e da atuação do terapeuta ocupacional nesse contexto.

- **Período:** maio/2008 a junho/2008.

- **Coleta de dados**

Foram coletados dados relativos à Política Nacional de Humanização, do SUS e da Terapia Ocupacional buscando suas relações em ambiente hospitalar. Foram usados os seguintes descritores nos sites e publicações: PNH, SUS, PIB, HOSPITAL, HUMANIZAÇÃO, CRIAÇÃO DO PNH, HISTORICO DO SUS, SUS x PNH, TERAPIA OCUPACIONAL, PRINCIPIOS DA PNH.

- **Análise e apresentação de dados**

As informações coletadas foram organizadas nos seguintes tópicos:

- O diferencial da Política Nacional de Humanização na assistência à saúde.
- A assistência hospitalar a partir da Política Nacional de Humanização.
- A Terapia Ocupacional como cooperadora no desenvolvimento da Política Nacional de Humanização, na assistência hospitalar.

4 O DIFERENCIAL DA POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO PARA O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

“Art. 2º - A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício”.

§ 1º - O dever do Estado de garantir a saúde consiste na reformulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação.

§ 2º - O dever do Estado não exclui o das pessoas, da família, das empresas e da sociedade.

Art. 3º - A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País. “Lei 8.080(1990)”.

Segundo o Ministério da Fazenda (2007), o Brasil chega a 183,9 milhões de habitantes e com aproximadamente 8,5 milhões de km quadrado, é o maior país da América Latina e o quinto do mundo em extensão territorial e populacional. É a oitava maior economia do mundo, com produto interno bruto (PIB) de cerca de 375 bilhões de dólares, o que significa uma renda per capita em torno de 2550 dólares. Toda essa potencialidade apresenta uma má distribuição, causando péssimas condições de vida e de saúde.

Steenbock (2008) esclarece-nos que em 1.844 surgiram as primeiras previdências sociais, não obrigatórias; em 1.883 passou ser obrigatória na Alemanha, através do Chanceler Otto Von Bismarck. Ao longo do tempo, esta experiência foi se estendendo para todos os países. De acordo com Carvalho; Santos (2002), a necessidade de proteger os trabalhadores fez com que os primeiros cuidados da saúde surgissem na Europa industrial, onde houve um profundo impacto no processo produtivo em nível econômico e social.

No início do sec. XX, no Brasil, o poder da oligarquia rural declinou, trazendo para a cidade trabalhadores do campo, pois anteriormente sua economia era essencialmente agrário-exportadora, porém a fonte da economia então estava centralizada nas indústrias, onde os trabalhadores ficavam sujeitos a condições precárias, jornada longas, salários indignos e sujeitos a vários tipos de acidentes. Nesse último caso, quando o trabalhador ficava incapacitado, dependia do amparo da família e das associações religiosas. Com isso, o trabalhador urbano entra como novo segmento para economia brasileira. Nesse reflexo, surge em nosso país, em 1923 (Lei Eloy Chaves), a primeira previdência social, a CAPS(Caixa de Aposentadoria e Pensões), conquistada primeiramente pelos ferroviários, que propiciava

aposentadoria por invalidez e por tempo de serviço, Pensão por morte, assistência médica, tudo direcionado ao trabalhador e seus dependentes, iniciando a fase de vinculação por empresa.

Cabia ao Estado cuidar da assistência pública e da assistência médica e hospitalar ao trabalhador filiado à previdência. Só que essa assistência não envolvia um olhar abrangente, como vemos na definição de saúde na OMS (Organização Mundial de Saúde, 1946 apud Carvalho e Santos, 2002) ” como um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a simples ausência de doenças e outros danos”. Essa definição leva-nos a pensar que esse pleno e completo bem-estar biopsicossocial chega a ser impossível, mas querendo ou não, ela se transforma em meta desejável para alcançarmos a verdadeira excelência da saúde.

Para Steenbock (2008) os IAP's (Instituto de Aposentadorias e Pensões), representaram uma expansão da cobertura garantindo a prestação de assistência médica para seus filiados e dependentes. Mantinham hospitais e ambulatórios próprios e contratavam serviços de estabelecimentos de saúde privados (lucrativos ou filantrópicos). Porém este modelo excluía boa parte dos trabalhadores formais, trabalhadores rurais e do setor informal urbano. Por isso, a LOPS (Lei Orgânica da Previdência Social) surgiu com o intuito de aumentar a relação entre as categorias profissionais e promover a unificação da previdência. Em 1966 o INPS (Instituto Nacional de Previdência Social) reuniu na mesma estrutura seis institutos de aposentadoria e pensões já existentes.

Gama, Tonial e Simões (2005) discorrem sobre a histórica e as transformações ocorridas ao passar do tempo pela saúde. O Sistema Único de Saúde (SUS) foi desenvolvido para acolher a população como um todo, pois a maioria desta só tinha assistência do Ministério da Saúde em campanhas de vacinação e tratamento de endemias. Para um atendimento regular, teria que ser vinculado à previdência através do INAMPS (Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social), que não tinha caráter universal, beneficiando apenas os trabalhadores da economia formal com carteira assinada e seus dependentes.

Ferreira (1998) fala que o INAMPS (Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social) era o órgão responsável pela cobertura da assistência à saúde a esses trabalhadores e seus dependentes que tinham ligações com a previdência. O INAMPS possuía o modelo assistencial que, segundo (SILVA 1983 apud CARVALHO; SANTOS, 2002), era constituído da expansão da cobertura previdenciária à população urbana, privilegiando as práticas curativas individuais em detrimento das ações coletivas, criando um complexo médico-industrial e a transferindo a prestação de serviços médicos a entes privados lucrativos

e não lucrativos. Já os demais, como trabalhadores informais e não trabalhadores, crianças, deficientes, idosos, se não tivessem condições de arcar com as despesas na assistência privada, ficavam submetidos ao amparo precário das Santas Casas de Misericórdia.

Segundo Gama, Tonial e Simões (2005), em meados dos anos 70, o INAMPS começou a realizar convênios com serviços públicos, devido à crise de financiamento da previdência. Porém, apesar deste convênio, o sistema público continuou preservando a universalidade dos serviços para a população, atendendo também os trabalhadores rurais, que eram assistidos precariamente pelo FUNRURAL. Essa crise significou uma melhoria na assistência a saúde dos excluídos (os que não tinham carteira assinada ou não tinham condições de pagar pelos serviços). Com o passar do tempo, o INAMPS optou pela necessidade de amenizar as exigências, assim ficando mais próximo de um plano universal. Exigência de carteira assinada já não era um fator determinante para o atendimento. Isso só aconteceu pela crise financeira pela qual passava e pelo movimento da reforma sanitária, onde os trabalhadores de saúde, os centros universitários e de setores organizados da sociedade lutavam por uma democratização do país. A partir dessa reforma, definiu-se saúde na Constituição Federal (1988) como direitos de todos e dever do Estado.

Para a Organização Pan Americana de Saúde (2008) foi realizada em Ottawa a Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde em 1986, apresentando sua Carta de Intenções. Nesta carta havia contribuições para atingir a saúde para Todos no ano 2000 em diante; sendo uma resposta às expectativas por uma Renovação na saúde pública, movimento que vinha acontecendo mundialmente, principalmente nos países industrializados.

As condições fundamentais para a saúde eram a paz, habitação, educação, alimentação, renda, ecossistema estável, recursos sustentáveis, justiça social e equidade. Segundo Brasil (2008) o grande marco na história da saúde foi a 8ª conferência da saúde, pois foi a primeira vez que a população participou das discussões sobre saúde, e suas propostas foram inseridas na Constituição Federal e nas leis orgânicas 8080 e 8142/90. Mais de 4000 delegados participaram da criação de uma ação institucional envolvendo promoção, proteção e recuperação da saúde, influenciados pela Reforma Sanitária.

Neste processo surgiram os primeiros projetos-piloto da medicina comunitária, visando à atenção básica de saúde, tendo programa de saneamento e de interiorização das ações de saúde, sendo assim as primeiras experiências de municipalização (CONASS, 2006).

No início do ano de 1990, foi criada a Lei 8.080, que instituiu o Sistema Único de Saúde (SUS), com comando único em cada esfera do governo, quando o Ministério da Saúde assumiu sua gestão em lugar do Ministério da Previdência. Ainda na mesma década, em 1993,

o INAMPS foi extinto pela Lei 8.689. O SUS absorveu todas as atividades e atribuições do INAMPS, diferenciando-se por atender a todos, indistintamente. Essa medida originou problemas financeiros e políticos, pois o Ministério da Previdência deixou de repassar recursos para o Ministério da Saúde. Desde então, o SUS passou por importantes mudanças, orientadas pelas Normas Operacionais, destacando-se a descentralização e regionalização da assistência, inclusive com o repasse de recursos da esfera federal para estados e municípios.

Na Lei 8080/90, artigo 7º do capítulo II, as ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde (SUS) são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no art.19 da Constituição Federal, obedecendo ainda aos seguintes princípios:

- Universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;
- Integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema.
- Preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral.
- Igualdade da assistência à saúde sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;
- Direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde;
- Divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e sua utilização pelo usuário;
- Utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática;
- Participação da comunidade;
- Descentralização político-administrativa;
- Integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico;
- Conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população;
- Capacidade de resolução dos servidores em todos os níveis de assistência; e
- Organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos.

Pode-se notar que o SUS sempre buscou superar desafios que dificultavam uma cobertura universal, mas com todos esses avanços estabelecidos, segundo o Comitê Estadual de desenvolvimento da Política Nacional de Humanização (2008), o SUS ainda enfrenta:

- Rede assistencial burocratizada, sem resolubilidade necessária aos usuários;
- Precária organização e condições de trabalho para as equipes de saúde;
- Modelo de atenção centrado na relação queixa-conduta;
- Despreparo dos profissionais para realizarem trabalho em equipe;
- Formação dos profissionais distante do debate e da realidade do sistema público de saúde;
- Equipe de saúde despreparada para lidar com as diferenças culturais e pessoais dos usuários;
- Baixo investimento na qualificação dos profissionais.

Ainda nesse reflexo de contínuas melhoras, e para tentar superar os obstáculos acima citados, de acordo com Ministério da Saúde (2004), o Programa Nacional de Humanização (PNH) surge como política pública, visando a aperfeiçoar os princípios do SUS, propiciando nas equipes trocas solidárias e comprometidas com a dupla tarefa de produção de saúde e produção de sujeitos. Então, a PNH propõe uma integração nas inúmeras instancias do SUS, reafirmando e ampliando o exercício da descentralização e da autonomia da rede de serviços, de forma a integrar os processos de trabalho e as relações entre diferentes profissionais.

Pode-se notar que o Programa Nacional de Saúde (PNH) vai muito além de boas etiquetas. Conforme o Ministério da Saúde, este programa surge com outro olhar, o de Política de Humanização e não mais como um programa. Trata-se da construção de uma política de qualificação do SUS, tendo a humanização como algo essencial, não sendo vista como um “programa”, mas como uma política operacional em toda rede do SUS. A PNH transcende a atenção da saúde, ela envolve principalmente a gestão do SUS.

O Ministério da Saúde no IV encontro temático de humanização (2006) citou como princípios da PNH a transversalidade e inseparabilidade entre atenção e gestão. Sobre a humanização, discutiu-se o sentido humano, sua recuperação e propõe-se uma nova relação entre usuários, suas redes sociais e os trabalhadores; também se falou sobre a política pública que ultrapassa a instituição de saúde e sobre a modificação do pensamento e ação dos

modelos de atenção e gestão das práticas de saúde, apostando no trabalho coletivo de um SUS acolhedor e resolutivo.

Valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores; Fomento da autonomia e do protagonismo desses sujeitos; Aumento do grau de co-responsabilidade na produção de saúde e de sujeitos; Estabelecimento de vínculos solidários e de participação coletiva no processo de gestão; Identificação das necessidades sociais de saúde; Mudança nos modelos de atenção e gestão dos processos de trabalho tendo como foco as necessidades dos cidadãos e a produção de saúde; Compromisso com a ambiência, melhoria das condições de trabalho e de atendimento. Brasil (2008).

A Política Nacional de Humanização consiste em devolver às pessoas a natureza humana – afinal, o ser humano é o único animal que possui razão - que consegue entender os direitos e os deveres, agrupar-se em meio social para formar família e demonstrar sentimentos de forma organizada e compreensível. Esse passo é importante porque precisamos ter disponibilidade de repensar nossas atitudes como profissionais da rede pública e principalmente de proporcionar ao usuário a qualidade e a informação que o mesmo deseja. A política é constituída de pessoas com responsabilidades por isso a necessidade do mover humano, da integração dos seres sociais e do grande desejo de melhora. Então a Política Nacional de Humanização é muito importante para o aprimoramento da assistência hospitalar.

5 ASSISTÊNCIA HOSPITALAR A PARTIR DA POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO.

Para o Ministério da Saúde (2008), o processo de produção da saúde mais tradicional organiza campos de ação, centrados no trabalho morto, para garantir maior produção de procedimentos. Foi construído historicamente, que a qualidade da assistência está vinculada somente ao uso das tecnologias, medicamentos, conhecimento especializado, priorizando a fala técnica profissional e não a do usuário portador de alguma doença, que tem a necessidade de falar de suas angústias, dos estigmas da doença, dos processos existenciais, os quais impactam seu modo de estar no mundo. Desta forma, sendo considerado um processo de trabalho centrado na norma e no protocolo, que muito reduz o campo de cuidado dos usuários.

O usuário traz uma história de vida, de relações, conhecimentos acumulados, uma dada cultura, enfim, inúmeros fatores que determinam seu modo próprio de ver e atuar no mundo. Conforme a ABRASCO (Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva), a assistência à saúde se dá a partir do encontro dos dois: trabalhador e usuário, ambos influenciando-se reciprocamente. Mas, para que isso ocorra, é necessário um espaço de conversa, para que seja realizado um procedimento a fim de reabilitar seu corpo doente. A relação produtiva só vai acontecer se o usuário for protagonista do seu processo saúde-doença. .

Trombly (1989) enfatiza que o ambiente hospitalar tem grande impacto sobre o paciente internado. O hospital descontextualiza o paciente da sua rotina, fazendo com que este perca sua autonomia, conferindo-a a quem não o conhece nem sabe de suas habilidades e necessidades. Entende-se que este tipo de internação não ensina ao paciente cooperar no seu processo de recuperação. Assim, a internação reforça a condição de dependência, que pode ser sentida pelo paciente como agressão, pois se encontra sobre o domínio de uma estrutura hospitalar.

Segundo a Universidade Federal de São Paulo (USP), a humanização serve como movimento para reflexão e transformação de valores culturais na busca das relações humanas. O resgate dos valores humanísticos leva o profissional a ter um olhar holístico sobre as totalidades que envolvem o processo saúde-doença. A humanização possui valores e propostas que se agregam formando um bloco crítico de tomada de decisão e práticas terapêuticas, buscando ampliar e modificar suas ações, tendo uma visão subjetiva e tornando-se mais direcionada e objetiva. (Rios, 2008)

Para Gama; Tonial; Simões (2005), para superação dos modelos centrados em ações individuais, é necessário ter uma visão ampla dos fatores determinantes e condicionantes sobre saúde e doença, especialmente no que diz respeito à compreensão da dinâmica e a evolução dos muitos obstáculos a serem enfrentados. Por isso, são levantadas ações que não priorizem a doença ou a necessidade de que a saúde seja reduzida somente a processo fisiopatológico, mas que tenha um novo paradigma, introduzindo conceitos e ações facilitadoras de promoção da saúde.

Antes de discorrer sobre a importância da abrangência desses fatores, observam-se alguns conceitos sobre o que seria a saúde e a doença na visão de alguns autores ao longo da última década.

Há alguns anos, Jessé Willians observou: É importante pensar na saúde como condição do indivíduo que torna possível uma vida mais prazerosa, um trabalho mais construtivo e que se manifesta num serviço melhor para o mundo. A saúde como inserção de doença é um padrão de mediocridade. A saúde como qualidade de vida é um modelo de inspiração e realização crescente (Remem 1993).

A saúde, reconhecida como direito humano, passou a ser objeto da Organização Mundial de Saúde (OMS), que no preâmbulo de sua constituição (1946) assim a conceituou: “Saúde é completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou outros agravos”. (Dallari, 1995)

A saúde é um processo a ser adquirido e conquistado em todos os momentos da vida, assim como as potencialidades para as realizações, pode-se dizer que ser saudável é uma conquista contínua e não algo definitivo e eterno. (Campos, 1995)

A doença, a saúde não se reduz a uma evidência orgânica, natural e objetiva, mas que sua evidência pelas pessoas e pelos grupos sociais está intimamente relacionada com características organizacionais e culturais de cada sociedade. Queremos dizer concluindo que a doença, além de sua configuração biológica, é também uma realidade construída e o doente, antes de tudo, um personagem social. (Filho; Roquayrol, 2000)

Saúde é um tema complexo, produto da história, da cultura, da religião, da organização social e econômica, das condições de vida e trabalho, da subjetividade, dos valores, desejos e das relações afetivas das pessoas e dos grupos e de que elas são partes (Campos et al, 2007)

Diante desses levantamentos, fica mais clara que a lógica reducionista que concebia a saúde como resultado de intervenção médica por meio só de medicamentos está ultrapassada. Hoje já se pensa em saúde como um projeto não só de recuperação, mas de manutenção do bem-estar-físico, psíquico, social, político-econômico e ambiental, então podemos notar que as condições de saúde e doença estão indissociadas a esses fatores, o que integra todo esse indivíduo na sua sociedade. A maneira como as pessoas vivem, moram, alimentam-se, divertem-se, trabalham, movimentam seus corpos e tudo a sua volta, interfere em seu equilíbrio. Além disso, como as pessoas compreendem a saúde-doença, definem o que lhe faz

bem ou mal, como buscam ou recebem informação e como procuram cuidar de sua saúde, interferem no modo como se relacionam consigo, com o meio e com os serviços de saúde.

Ao conceituar Humanização, o Ministério da Saúde (2004), esclarece que esta política consiste na:

“[...] valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde. Os valores que norteiam esta política são a autonomia e o protagonismo dos sujeitos, a co-responsabilidade entre eles, o estabelecimento de vínculos solidários, a participação coletiva no processo de gestão e a indissociabilidade entre atenção e gestão.”

A doença e a saúde nunca puderam ser consideradas uma realidade fixa no tempo, pois ela é um dinamismo de transformações constantes. A noção de pessoa, como construída socialmente, opera valores fundamentais na experiência cotidiana, ampliando uma qualidade de atendimento, para que esta concepção reducionista não seja compartilhada pelos profissionais. Quando o processo de trabalho envolve essa visão mais abrangente, o tratamento tem grande margem de ser criativo, relacionando-se com o usuário, experimentam soluções para os problemas que aparecem e, o que é mais importante, interagem. Inserir o usuário no processo de produção de sua saúde, fazendo-o sujeito e protagonista de seu tratamento.

Segundo Mezano (1939) sem qualidade e sem produtividade o sistema se torna um caos, o prejuízo é grande não só financeiro, mas também ético e socialmente. Nesse sentido, a Política Nacional de Saúde (PNH) do Sistema Único de Saúde (SUS) é central à compreensão de como a humanização pode estar vinculada a um conceito de gestão, buscando elementos que possam compor a idéia de gestão participativa no processo de produção de saúde. Desse modo, a PNH explora a necessidade de se ampliar o diálogo entre os profissionais, entre os profissionais e usuários, entre profissionais e administração para que se tenha um estímulo a diferentes práticas terapêuticas e co-responsabilidades de gestores, profissionais e usuários.

Com isso, a PNH se afirma como aspecto central de humanização, uma renovação das relações de trabalho e oferece um projeto de organização institucional que descentralize o processo de tomadas de decisão, em todas as suas instâncias, desde o tratamento estipulado para o paciente até o incentivo de projetos de desvínculo da relação apenas médico-doença-paciente.

Ainda na visão de Mezano (1939), é preciso que o sistema de saúde tenha definida sua missão, se adequando na obtenção de resultados esperados. O mundo está passando por grandes mudanças e o sistema de atendimento precisa se adequar a elas. Hospitais e serviços devem mudar sua atitude, não só na questão técnica ou filosófica, mas na permanente busca

do “efeito zero”, que significa: zero erro, zero infecção, zero insatisfação, zero queixa, ainda que esta seja um resultado difícil de ser alcançado, o que importa é sempre colocar isso como meta.

Administrar um hospital é como dirigir um navio. O capitão planeja um roteiro, mas não sabe se vai encontrar tempestades, ventos fortes e outros perigos. E, por vez, parece que a própria tripulação mais atrapalha do que ajuda. Se ele não for corajoso, não utilizar instrumentos de navegação e não segurar firme o leme, o seu navio poderá afundar antes de chegar ao porto planejado (Mezano, 1939).

Portanto, entende-se que os profissionais costumam adotar uma determinada postura de organização do trabalho, cada um tem seu modo de agir, tem suas especialidades, ou seja, cada um possui características diferentes, mas para a efetivação do trabalho deve haver uma interação dos mesmos com uma boa gestão. A PNH, para ser efetivada, deve iniciar na própria gestão para se ter uma dinâmica que perpassa diferentes pontos de vista particular. Os profissionais elaboram estratégias que podem ser questionadas e organizadas entre os mesmos. Promover saúde no local de trabalho é aprimorar essa capacidade e analisar o trabalho de forma a criar debates coletivos. Diferentes visões sobre o mesmo problema ajudam a ampliar as percepções das diversas situações implicadas. É um espaço necessário para debater questões sobre a qualidade de atendimento, como também aproximar os profissionais permitindo que as melhoras desejadas aconteçam. Essa proposta de relação da equipe profissional e desta com os usuários é um desafio importante a ser superado pelo SUS, pois esse processo leva a uma ruptura de um caráter consolidado em balizas de procedimentos.

A PNH trouxe ao sistema hospitalar a sensibilização para introduzir novas estratégias, desde a observação da morfologia (formas e dimensões), luz, o cheiro, o som, a sinestesia (percepção do espaço por meio dos movimentos), a arte, a cor e a privacidade, conforme nos explica Ministério da Saúde (2004), que permitam melhor analisar, compreender e intervir no campo de saúde, pois as diversidades de questões étnicas, culturais, sociais que perpassam a vida da população brasileira exigem dos profissionais de saúde condições de análise e interferência a serem constantemente renovadas, para que o antigo sistema reducionista e protocolado seja realmente considerado como antigo.

Nessa proposta de atualizar o SUS, o Ministério da Saúde realiza vários programas como: Brasil sorridente; Doe vida, Doe órgãos; SAMU (Serviço de atendimento móvel de urgência); Farmácia popular; PSF (Programa Saúde da Família); Programa Nacional de

combate à dengue; banco de leite humano; cartão nacional de saúde e HumanizaSUS. O NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família) é um projeto para ser implementado, reunindo várias categorias profissionais como outras especialidades médicas, professores de Educação Física, Nutricionistas, Acupunturistas, Homeopatas, Farmacêuticos, Assistentes Sociais, Fisioterapeutas, Fonoaudiólogos, Psicólogos e Terapeutas Ocupacionais, melhorando o atendimento realizado pelo programa da Saúde da Família.

6 A CONTRIBUIÇÃO DO TERAPEUTA OCUPACIONAL PARA O DESENVOLVIMENTO DA POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO NO AMBIENTE HOSPITALAR

Segundo De Carlo; Bartalotti (2001) nos do século XVII e XVIII, acreditava-se que todos os indivíduos que ameaçavam a “normalização social” deveriam ser afastados e direcionados a um espaço isolado. Um espaço que não se baseava num processo de recuperação ou cuidado, na verdade, se constituía em um processo de exclusão social. O hospital nesse período tinha um caráter religioso com a pretensão de salvar a alma do insano; a presença do médico não se constituía em caráter restaurativo, mas sim para justificar a existência da instituição. Referindo-se à fala de Pinel, que o trabalho contínuo supera a seqüência de pensamentos mórbidos, fixa as faculdades do entendimento, mantendo a ordem num agrupamento. Pinel acreditava que através da ocupação o homem poderia modificar e corrigir hábitos errados e criar hábitos saudáveis de vida, possibilitando a mudança de comportamento. Esse tratamento tinha como alvo central a qualidade biopsicossocial do paciente.

Ao mesmo tempo em que o tratamento proposto por Pinel se difundia na Europa e na América, emergiu um novo movimento filosófico e científico, à luz do resultado da revolução industrial: o Positivismo. Este movimento se baseava no lema de que só tem sentido o que pode ser comprovado. Foi neste momento que os valores tecnológicos iam assumir o destaque na visão do mundo. Houve também a pressão do desenvolvimento científico na área da saúde, que exigia intervenções definidas para se tornar científico. Os valores humanísticos, juntamente com o tratamento moral, sofreram um declínio, pois a ocupação não tinha um caráter científico e o cérebro passou a ser o único desencadeador da doença mental. (De CARLO; BARTALOTTI, 2001).

Com implantação do racionalismo experimentalista e a afirmação do cientificismo como atitude intelectual, se dá o advento da Filosofia Positivista e a Escola do pensamento Científico. O objeto do enfoque, na explicação do tratamento da doença mental, passou a ser o cérebro humano (em vez do ambiente), e a etiologia da doença mental passou a ser identificada na patologia do cérebro. O individualismo substituiu a filosofia humanitária que apoiava o tratamento moral. De CARLO e BARTALOTTI (2001).

Kielhofner; Burke (apud DE CARLO e BARTALOTTI, 2001) afirmam ainda que no início do século XX houve a re-emergência das idéias do tratamento moral aliados à emergência da nova “Teoria da psicobiologia” de Adolf Meyer, a qual estava baseada nas relações entre padrões de hábitos e doença mental.

Meyer apud De Carlo; Bartalotti (2001) muito influenciou a americana Eleonor Clark Slagler, que se baseou no princípio de que o comportamento só podia ser organizado pelo agir, pela utilização ativa intencional do tempo no contexto normal. Isso foi determinante para a fundação da Terapia Ocupacional. Portanto, o uso da ocupação como tratamento buscava desenvolver todas as capacidades e habilidades biopsicossociais que regiam o homem, que só será feliz se utilizá-las.

O médico Hermam Saimom teve forte influência nos hospitais psiquiátricos, praticando o uso da ocupação desde 1905 no hospital Warstein, ao partir da idéia de que: “vida é atividade, princípio que rege tanto a vida corporal como mental, dado que o homem nunca permanece sem fazer nada; se não faz algo útil, faz algo inútil” (Saimom Apud DE CARLO e BARTALOTTI 2001).

De acordo com Kielhofner; Burke(apud DE CARLO e BARTALOTTI, 2001), nas décadas de 1930 e 1940 nos Estados Unidos, a Terapia Ocupacional viveu uma pressão do desenvolvimento do conhecimento científico na área da saúde que, ao definir melhor as patologias, exigia também intervenções mais definidas, para que saísse do senso comum e alcançasse status científico, pois o tratamento pela ocupação (“Paradigma da Ocupação”) é considerado não científico. O Terapeuta Ocupacional adotou novas estratégias de tratamento, direcionadas apenas a tratamentos motores para os incapacitados físicos e aos problemas intrapsíquicos da doença mental para adquirir maior conhecimento profissional.

As atividades passaram a ser utilizadas nos hospitais de maneira vazia, monótona e repetitiva, sem ter um objetivo que viesse suprir as necessidades reais do paciente.

Vendo as atividades contaminadas com esses resquícios de um tratamento moral ou muitas vezes reduzidas a exercícios físicos ou treino de funções e habilidades a partir de tarefas monótonas e repetitivas, muitos profissionais buscaram repensar a profissão sobre outras bases teóricas, ideológicas e praticas. DE CARLO; BARTALOTTI (2001).

A intenção, aqui, não era negar a forma de tratamento da Terapia Ocupacional pelas atividades, mas sim reconstruí-las, enfrentando as contradições e os resquícios vazios da ocupação. Por outro lado, buscava-se a tentativa de transformar as atividades em instrumento de uma ciência exata, mas para isso era preciso desconstruir o que Nascimento (1990 apud DE CARLO; BARTALOTTI, 2001) chamaram de “mito da atividade terapêutica”, que estaria abalando os reais objetivos de ação do terapeuta ocupacional.

Então, surge uma nova reflexão na Terapia Ocupacional e na prática de atuação das atividades. Francisco (2001) nos conduz ao pensamento que as ocupações são essenciais na aceitação dos valores culturais e não deveriam ser subestimados; embora freqüentemente pareçam lúdicas e comuns, as ocupações podem ser práticas normativas sutis através do significado simbólico. As pessoas com deficiências e as propostas de desinstitucionalização, trouxeram a essa luta pelo reconhecimento da ocupação como ciência, também uma luta pela igualdade de oportunidade e melhoria de condições, possibilitando a introdução de novos olhares e propostas de abordagens desta questão, influenciando assim as atitudes da sociedade. Essa nova noção de reabilitação garantia um tratamento amplo que questionava e abrangia todo o contexto do paciente. Neste contexto, as atividades passaram a ser essenciais e valorizadas como elemento articulador do seu ambiente interno e externo.

Segundo Atílio (2002) a Terapia Ocupacional é uma profissão relativamente nova, só foi regulamentada no dia 13 de outubro de 1969, através do Decreto Lei nº 938. Nesta perspectiva, podemos notar que o exercício da profissão de Terapia Ocupacional, sempre se relacionou com a humanização em seu tratamento, por isso a ligação estreita com a Política Nacional de Humanização, já que buscava integrar o contexto de vida deste paciente para tal tratamento tornar-se significativo.

Conforme Carlo; Luzo (2004) o novo olhar da assistência da Terapia Ocupacional no ambiente hospitalar, envolve a importância de sua atuação para promover saúde e qualidade da vida ocupacional, mesmo durante o período de internação. Por isso há necessidade da manutenção não só na capacidade funcional, mas principalmente de elevar a qualidade de vida, a auto-estima e melhorar o estado de humor e de motivação para a recuperação da saúde o mais rápido possível.

É necessário levar em consideração toda uma rotina anterior àquela situação atual no ambiente hospitalar. Percebendo que o melhor para o cliente é que este retome suas atividades de forma mais independente possível. Não somente para atividades da vida diária mais complexas, mas também para as mais simples, como pentear o cabelo ou escovar os dentes, ou mesmo poder segurar um livro para a leitura ou a colher para a alimentação. Não é possível

reconstruir uma vida, onde as ocupações são inerentes, sem se reabilitar nos aspectos físico, psíquico e social.

Quando consideramos que estamos “com saúde”? Quando podemos continuar fazendo tudo o que estamos acostumados a fazer: acordar para trabalhar ou estudar; praticamos os esportes ou atividades que sempre fazemos; poder continuar a comer o que gostamos; alcançar uma boa forma sexual sempre que desejamos etc., ou seja, a idéia de saúde está inestimavelmente ligada ao uso, à atividade do corpo, de maneira que em caso de qualquer interrupção destas atividades, aplicamos a palavra contrária, doença. Com isso, temos uma coisa mais ou menos assim: a doença é o que nos dificulta ou impossibilita de efetuarmos nossas atividades normais. Sob tal enfoque, a medicina direciona suas pesquisas e conseqüentes intervenções farmacológicas ou cirúrgicas: fazer com que a pessoa retorne suas atividades. Sendo apenas a parte doente daquela que funciona. Rodrigues (2000, p.46)

O Terapeuta Ocupacional, desde a sua formação, preocupa-se com a idéia do todo, dos aspectos que são intrínsecos a nossa natureza, afinal o ser humano é movido de sentimento, emoções, dores, sensações, que estão em constante contato com o mundo e consigo mesmo. Por isso, deve-se olhar para o paciente como cliente, como pessoa que necessita de tratamento, porém de forma ampla e levando em consideração que o mesmo é um ser holístico. Do contrário, é como se restringisse suas potencialidades, e tornar-se-ia a internação e recuperação mais demorada e sofrida.

Também se devem considerar todos os olhares dos profissionais envolvidos no processo, pois uma compreensão das contribuições das várias especialidades envolvidas na vida do cliente capacitará cada um a desenvolver um plano mais significativo. Esse caráter humanista e holístico da equipe traz ao hospital a oportunidade de influenciar positivamente no tratamento, possibilitando a interação equipe-usuário, conseqüentemente tornando o tratamento em uma assistência resolutiva tanto almejada pela PNH. Vê-se que esta assistência está muito relacionada a conhecer o cliente e o estado que o mesmo se encontra.

Sabe-se que cada pessoa tem seu próprio estilo de lidar com as dificuldades. Segundo a pesquisa feita por (Kerr apud Burton,1994) “definem-se cinco estágios de ajustamento: o choque, a expectativa pela recuperação, o luto, a defesa e o ajustamento”. Todas estas fases são importantes para a recuperação plena do paciente; por isso a necessidade de saber por qual fase cada um está passando, pois este conhecimento será indispensável na construção do plano de tratamento.

O choque é o estágio de não reconhecimento do seu estado real, podendo negar a existência da doença ou incapacidade, ou mesmo refutar o tratamento. Para ser alterado esse estágio, o Terapeuta Ocupacional deve realizar atividades que envolvam a realidade do paciente e faça com que o mesmo descubra suas limitações, dores ou sensações alteradas.

A expectativa pela recuperação é a fase seguinte. O cliente já está consciente de sua doença, porém acredita que o tratamento será demorado e sofrido. Assim, há um ressentimento pela perda (parcial ou total) da função. Nesse estágio, a informação é fundamental; o esclarecimento da sua situação e das atividades aplicadas faz com que o cliente envolva-se no tratamento, acreditando numa melhora e tornando o ambiente hospitalar mais agradável.

O luto vem em decorrência da descoberta de uma possível incapacidade permanente, então se pode ter um cliente sem motivação para continuar o tratamento. Muitas vezes, este estágio é associado ao sentimento de desespero. As atividades devem ser seguidas de paciência, e estímulos ao cliente para sentir novas aspirações e metas, ou mesmo ajudar a reajustar as metas e aspirações anteriores ao processo doença, respeitando sempre suas limitações.

A defesa pode ter duas atitudes: saudável ou neurótica. A saudável é quando o cliente realmente começa a lutar. Ele sente orgulho de suas melhoras, e o Terapeuta Ocupacional pode aperfeiçoar o tratamento das atividades de vida diária (AVD's) e atividades de vida prática (AVP's); o cliente está consciente de seu estado e sabe que pode superar alguns limites. A neurótica, o cliente forja uma aceitação, porém recusa-se a perceber as suas limitações.

No ajustamento, o cliente se vê como vencedor que superou limites, adaptando a sua vida e continuando o tratamento de forma ativa. Nesse momento, todo o enfoque é para estimular todas as suas capacidades e amenizar suas dificuldades, tornando-o o mais independente possível. No tratamento, o Terapeuta Ocupacional traz ao cliente atividades significativas, que retoma sua vida, como por exemplo, recreação, atividades cognitivas, atividades físicas e socioculturais. Estas podem envolver trabalho de coordenação, estímulos sensoriais, força, resistência, noção de espaço, amplitude, prensão, memória, relacionamento inter e intrapessoal, utilizando os recursos disponíveis, como bastões, balões, bolas, tintas, jogos, argila e o próprio mobiliário hospitalar, o que torna o exercício mais agradável.

O ambiente hospitalar tem grande impacto sobre o paciente internado. Ele é estranho, impessoal, monótono e limitado por regras e normas de comportamento não familiares, que se espera que o paciente cumpra. Espera-se que o paciente abandone graciosamente todos os desempenhos pessoais, atitudes e controle usuais de suas ações, conferindo autoridade a quem não conhece suas habilidades, necessidades e não vê como um indivíduo. (TROMBLY, 1989)

Para se ter um ajustamento genuíno, é essencial que o profissional da área da saúde - incluindo o Terapeuta Ocupacional -, ofereça uma estrutura para o alcance dessas metas. Desta forma, “o ajustamento bem-sucedido pode ser definido como um processo em curso no

qual a pessoa se adapta ao ambiente de forma satisfatória e eficiente” (Burton, 1994). Esse processo de ajustamento não é fácil, dependendo da equipe e do ambiente que o cliente se encontra. Também se deve levar em consideração o envolvimento da família nesse ambiente, de como está sendo repassado o tratamento, como está sendo visto a cultura, o social e a situação econômica destes.

Não é necessária pressa na conquista dos resultados, sabendo que os mesmos podem ser a médio ou longo prazo, porém é essencial a persistência e o estímulo no tratamento. O fundamental é esclarecer as atividades e o momento vivido, ajudando a conquistar sua confiança e sua vontade de lutar, de vencer. Então, podemos notar que assim como a Política Nacional de Humanização vem procurando derrubar conceitos e barreiras para estabelecer ações que visam melhorar a assistência da saúde, o terapeuta ocupacional, desde o seu caminho histórico, vem buscando estabelecer como estrutura científica a relação biopsicosocial do homem como foco inerente para o tratamento qualificado e humanizado, trabalhando assim, junto e interativamente com essa política, melhorando o olhar do profissional no processo de internação.

Essa tríade Terapeuta Ocupacional – PNH - Hospital tem o intuito de concretizar as metas do SUS. O Ministério da Saúde (2004) aposta num trabalho de luta pela melhoria das condições de trabalho, sendo indispensável nesse processo uma direção resolutiva, acolhedora e confortável, visando à autonomia do cliente, tornando-o cooperador no tratamento. Para isso, vê-se a Transversalidade e a Indissociabilidade entre atenção e gestão como alicerces nesta conquista. A Transversalidade visa ao aumento do grau de comunicação intra e intergrupos e a desestabilização das fronteiras dos saberes, dos territórios de poder e dos modos instituídos na constituição das relações de trabalho. A indissociabilidade entre atenção e gestão altera os modos de cuidar, implicando em outras maneiras de apropriação do trabalho, valorização do processo de trabalho e integração do cuidado. Segundo Campos (1995), “A saúde é um pouco a ser adequada e conquistada em todos os momentos da vida, assim como as probabilidades para as realizações. Pode-se dizer que ser saudável é uma conquista contínua e não algo definitivo e eterno”.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo foi significativo para uma melhor compreensão do SUS, o ambiente hospitalar, a PNH como política modificadora da atual assistência à saúde e o Terapeuta Ocupacional como cooperador para uma assistência resolutiva e eficaz no contexto hospitalar. Assim, procurou-se esclarecer aos leitores sobre os princípios do SUS e suas dificuldades ainda existentes, sobre a proposta de uma política de gestão e atenção mais qualitativa e acolhedora aos clientes, cuja meta é a humanização do sistema hospitalar.

A intenção maior foi destacar a tríade Terapeuta Ocupacional – PHH - Hospital, como sugestão de uma combinação que traz benefícios à sociedade que utiliza os serviços públicos de saúde, demonstrando que é possível uma assistência digna e centrada no humano de cada profissional e cliente envolvido.

REFERÊNCIAS

- ATÍLIO, Jorge Rocha. **Bizu-fisioterapia e terapia ocupacional**. Rio de Janeiro: Rubrio,2002.
- FINGER, Jorge Augusto Ortiz. **Terapia Ocupacional**. São Paulo: Dynmis,1999.
- BURTON, G. Aspectos psicossociais e ajustamento durante as varias fases da incapacidade neurológica. In: UMPHRED, D.A. **Fisioterapia Neurológica**. 2.ed .São Paulo: Manole, 1994 . Cap 7.
- DE CARLO, M.M.R.; BARTALOTTI, C.C (org.).**Terapia ocupacional no Brasil: fundamentos e perspectivas**.São Paulo:Plexus,2001.
- CAMPOS, Terezinha Calil Padis. **Psicologia hospitalar: a situação do psicólogo em hospitais**. São Paulo: EPU, 1995.
- HAGEDORN, Rosemary. **Fundamentos da pratica em terapia ocupacional**. São Paulo: Dynamis,1999.
- RODRIGUES, Hugo Elídio. **Introdução à Gestalt-terapia: conversando sobre fundamentos da abordagem gestáltica**.Petrópolis ,RJ:Vozes,2000.
- TROMBLY, CatherineAnne.**Terapia ocupacional para a disfunção física**.SãoPaulo:Livraria Santos ,1989.
- FRANCISCO, Berenice Rosa. **Terapia Ocupacional**. 12. ed.São Paulo: Papyrus,2001.
- DALLARI, Sueli Gondolfi.**Os Estados brasileiros e o direito à saúde**.São Paulo: Hucitec,1995.
- REMEM, Rachel Naomi. **O paciente como ser humano**. São Paulo: Summus,1993.
- ROUQUAYROL, Maria Zélia; FILHO, Naomar Almeida. **Epidemiologia e saúde**. 5.ed.RJ: MEDSI,1999.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários da Saúde. **SUS: avanços e desafios**. Brasília: CONASS, 2006.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa et al. **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo, Rio de Janeiro: HUCITEC, FIOCRUZ, 2007.

MEZANO, João Catarin. **A gestão da qualidade na saúde :princípios básicos**. São Paulo: editora Terra, 1939.

FERREIRA, F.A Gonçalves. **Sistema Único de Saúde e seu funcionamento**. Lisboa: Fundação Golouste Gul Benkian, 1998.

GAMA, Mônica Elinor Alves; TONIAL, Sueli Rosina ;SIMÕES, Vanda Maria Ferreira. (Orgs). **Políticas de Saúde e Introdução à estratégia de Saúde da família**. São Luis: LABORO-Centro de Excelência em Pós-Graduação, 2005.

DE CARLO, Marysia M.R. Prado; LUZO Maria Cândida de M. **Terapia Ocupacional: Reabilitação física e contexto hospitalares**. São Paulo: Rocca, 2004.

CARVALHO, Guido Ivan; SANTOS , Lenir .**Sistema Único de Saúde – Comentários à Lei Orgânica de Saúde(Lei 8080/90 e 8142/90)**. São Paulo: UNICAMP, 2002.

VELLOSO, Cid. Equipe Multiprofissional de saúde. Disponível em: <http://www.confef.org.br/revistasWeb/n17/09_EQUIPE_MULTIPROFISSIONAL_DE_SAÚDE.pdf> Acesso em: 5 jun. 2008.

STEENBOOK, Mario. Previdência Social, 2008. Disponível em: <<http://www.senado.gov.br/paulopaim/Grandes%20temas/previdencia/privada/arquivo/ApresenHistPEP.doc>>. Acesso em: 02 jun. 2008.

BRASIL, 2008. Mais Saúde: Municípios já podem organizar o Nasf para atender a população. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/noticias/noticias_detalhe.cfm?co_seq_noticia=42122>. Acesso em: 02 jun. 2008.

BARROS, Bete ,2008.No limiar do imponderável –desafios para a PNH.Disponível em: <<http://redehumanizasus.net/node/345>>. Acesso em: 07 jun.2008.

O Globo on-line, 2007. Ministério da Fazenda: PIB do Brasil é o 8º do mundo. Disponível em: <<http://oglobo.globo.com/economia/mat/2007/03/22/295045546.asp> >.Acesso em: 09 jun.2008.

RIOS, Izabel, 2008. Humanização na Saúde. Disponível em:<<http://www.fm.usp.br/cedem/participacao/cobem2006iv.ppt#257,2>>.Acesso em: 27 maio. 2008.

AMORIM, José Roberto Neves, 2008. Evolução Histórica da Previdência Social.Disponível em: <<http://www.professoramorim.com.br/amorim/dados/anexos/133.doc>>.Acesso em: 28 maio. 2008.

BRASIL, 2004. Gestão participativa Co-gestão. Disponível em: http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/impresos/folheto/04-1164_FL.pdf. Acesso em: 04 jun.2000.

Comitê Estadual de Desenvolvimento da Política Nacional de Humanização, 2008. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão no SUS. Disponível em: <<http://www.saude.mg.gov.br/publicacoes/comunicacao-e-educacao-em-saude/apresentacoes-para-multiplicadores-pnh/Humanizacao%20em%20Minas%20Gerais%20-%20novissima.ppt#256,1>,Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão no SUS>.Acesso em: 06 jun 2008.

BRASIL, 2006. Política Nacional de Humanização da atenção e da gestão do SUS. Disponível em: <http://www.saude.sp.gov.br/resources/humanizacao/apresentacao_powerpoint/prin_met_disp_PNH.ppt#265,10,slide 10. Acesso em: 04 jun.2008.

Elisabete de Fátima Pólo de Almeida Nunes et al. Acolhimento no cotidiano dos auxiliares de enfermagem nas Unidades de Saúde da Família **Revista Ciência e Saúde Coletiva da**

Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Disponível em:
<http://www.abrasco.org.br/cienciasaudecoletiva/artigos/artigo_int.php?id_artigo=906>.

Acesso em: 3 jun. 2008.

Lei 8.080. Disponível em: <www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm - 80k>. Acesso em: 28 maio. 2008.

Constituição Da República Federativa Do Brasil De 1988, Disponível em:
<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constitui%C3%A7ao.htm>. Acesso em:
29 maio. 2008.

Organização Pan Americana de Saúde, 2008. Disponível em: <http://www.opas.org.br/>. Acesso em: 01 julho. 2008