

POLÍTICAS DE SAÚDE E TERAPIA OCUPACIONAL

Regina Célia Fiorati

OBJETIVOS DA AULA

- Histórico das políticas de saúde no Brasil e seus modelos de atenção
- A influência das políticas de saúde na construção de perspectivas teórico-metodológicas em terapia ocupacional, no Brasil
- O perfil profissional adequado a política de saúde atual



APRESENTANDO O TEMA

- A participação dos TOs nos sistemas de saúde no Brasil ocorreu de formas distintas, de acordo com diferentes etapas histórico-sociais e contextos na sociedade
- Emergência de modelos teórico-metodológicos em correspondência as conjunturas políticas e econômicas e necessidades sociais às quais os modelos tentam responder
- Lógica de um modelo de atuação – lógica das políticas públicas elaboradas e implementadas para darem conta de determinadas problemáticas sociais geradas no âmbito das consequências da política econômica
- (MEDEIROS, 2003)



POLÍTICAS DE SAÚDE NO BRASIL

- Brasil – vários modelos de atenção em saúde resultantes das políticas de saúde implementadas segundo demandas histórico-sociais determinadas
- Dos séculos XIX, passando pelo XX e chegando no XXI – o sistema de saúde brasileiro transitou de um modelo **sanitarista campanhista** → modelo **Previdenciário** → modelo **médico-assistencial privatista** → e chegando ao modelo gerado no contexto da implementação do **SUS**
- A implementação e consolidação do sistema de saúde único, universal e público compete permanente com o modelo da atenção médica supletiva (setor privado de saúde)
- (MENDES, 1993)



AS POLÍTICAS PÚBLICAS E AS POLÍTICAS DE SAÚDE

- **Políticas públicas** – conjunto de leis e normatizações elaboradas pelo Estado, visando certas correções dos desequilíbrios resultantes do mercado – têm a função de corrigir ou compensar os desequilíbrios sociais decorrentes da economia
- **Políticas de saúde** – conjunto de leis e normatizações elaboradas e implementadas pelas três esferas do governo para responder as necessidades de saúde da população, propor e organizar programas e ações de saúde e organizar sistema
- (MENDES, 1993)



POLÍTICAS DE SAÚDE NO BRASIL: HISTÓRICO E CONTEXTUALIZAÇÃO



<https://www.youtube.com/watch?v=hG6aDvVxMZs>



POLÍTICAS DE SAÚDE NO BRASIL

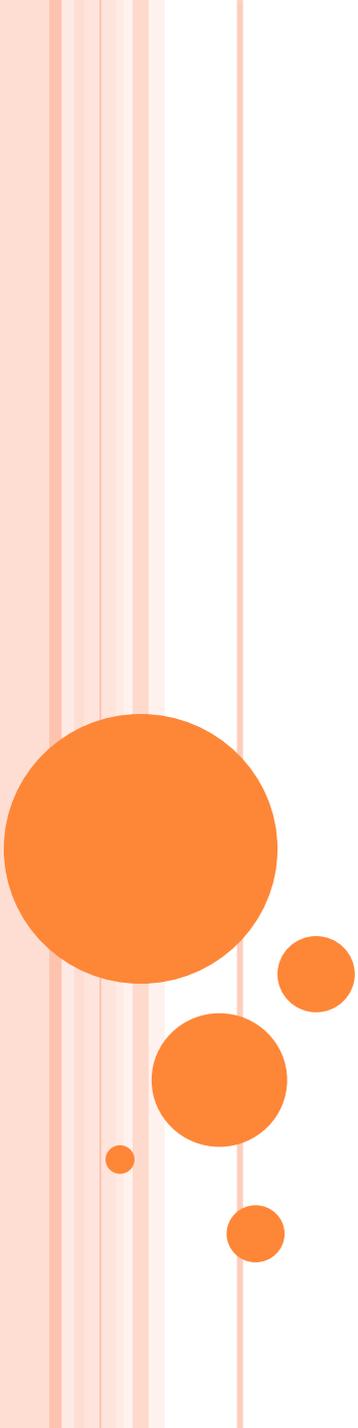
- Sec. XIX – 2^a década do sec. XX – modelo econômico agroexportador e a preocupação sanitária era sanear os espaços de circulação de mercadorias – **Sanitarista Campanhista** – metodologia militarista
- A partir de 1920 – **Previdência Social – CAPs e IAPs** -período da industrialização e modelo de saúde visa a saúde restaurativa das forças produtivas
- Ditadura militar (déc. 60) – controle estatal-centraliza os institutos no INPS
- Consolida o modelo **médico-assistencial privatista**
- (MENDES, 1993)



HISTÓRICO DA CONSTITUIÇÃO DA TO

- INDÍCIOS de prática de trabalho como recurso terapêutico – **metodologia do tratamento moral** – século XIX (modelo sanitarista campanhista) → abertura de manicômios no RJ e SP → **Praxiterapia ou laborterapia**
- A institucionalização da TO como **PROFISSÃO** → a partir de 1948 – durante o modelo **Previdência Social** das CAPs e IAPs → a TO centra-se na reabilitação física/ permanece uma atuação manicomial em psiquiatria/ entidades filantrópicas
- Ditadura militar e o modelo **médico assistencial privatista** → a TO atua em CRP- entidades filantrópicas – hospitais psiquiátricos - novidade – a TO inicia em programas sociais





A CRISE ECONÔMICO- POLÍTICA BRASILEIRA E A CRISE DO REGIME MILITAR

**MOVIMENTOS SOCIAIS E A CRISE DO MODELO
MÉDICO-ASSISTENCIAL PRIVATIVISTA**

POLÍTICAS DE SAÚDE NO BRASIL – O MODELO MÉDICO ASSISTENCIAL PRIVATISTA 1964 – FINAL DA DÉCADA DE 1980

Principais características

- Extensão da cobertura previdenciária
- Privilégio da prática curativa, individual, assistencialista e especializada, em detrimento da saúde pública
- Criação do complexo médico-industrial pelo Estado
- Desenvolvimento de prática médica orientada pela lucratividade, com privilégio do setor privado da saúde
- (MENDES, 1993)



CONTRADIÇÕES DO MODELO MÉDICO ASSISTENCIAL PRIVATISTA

- Com ampliação da ação previdenciária, desnudava-se o caráter discriminatório das políticas de saúde – desigualdades de acesso entre as variadas camadas da população
- Universalização excludente – diferentes modalidades assistenciais – distintas formas de contratação dos setores médicos privados
- Setores médicos privados – se direcionam segundo interesses particulares - lucratividade



POLÍTICAS DE SAÚDE COMPENSATÓRIAS

- 1974
- Ministério da Previdência e Assistência Social
- Plano de Pronta Ação – regulamentava a atenção às urgências
- Implantação do Conselho de Desenvolvimento Social
- Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social
- DATAPREV
- (MENDES, 1993)



HEGEMONIZAÇÃO DO MODELO MÉDICO ASSISTENCIAL PRIVATISTA

- O conjunto de políticas públicas e de saúde – hegemonomizam o modelo nos campos político – jurídico – institucional
 1. Estado como financiador
 2. Setor privado nacional como prestador de serviços
 3. Setor privado internacional como produtor de insumos e equipamentos
- Uma Atenção Básica à Saúde seletiva – programa barato para populações miseráveis
- **POLÍTICAS DE SAÚDE** compensatórias e excludentes levam a criação do movimento contra-hegemônico sanitário



MOVIMENTOS SOCIAIS BRASILEIROS

- FIM DO MILAGRE ECONÔMICO - desnudamento da exploração capitalista internacional dos países ricos sobre o Brasil → DÍVIDA EXTERNA
- As Multinacionais retiram a produção do país → crise do emprego
- Empobrecimento brutal da população → Desemprego e vulnerabilidade social
- INFLAÇÃO e CARESTIA
- Saúde despedaçada
- Crise da habitação etc.
- ↓
- MOVIMENTOS SOCIAIS → greves, passeatas, pannels etc.



MOVIMENTOS SOCIAIS

- MOVIMENTO DE REDEMOCRATIZAÇÃO POLÍTICO-SOCIAL DO BRASIL

- MOVIMENTO BRASILEIRO DE REFORMA SATINÁRIA



MOVIMENTO SANITÁRIO CONTRA-HEGEMÔNICO

- Movimento Brasileiro de Reforma Sanitária (MBRS) – formado pelo CEBES e setores da saúde coletiva de universidades
- Luta pela redemocratização política do país
- Modelo assistencial – Atenção básica à Saúde como ordenador do sistema e
- Sistema público de Saúde unificado, universal, equitativo e humanizado
- Princípios: universalidade/equidade/integralidade/descentralização/ participação social
- Constituição federal 1988 – a saúde como direito universal, dever constitucional de todas as esferas de governo – Sistema Único de Saúde (SUS)
- (CORDONI Jr, 2006)



SUS

- Efetivação da política de saúde brasileira, representa a inserção constitucional da saúde como direito de cidadania e dever do Estado o que realçou e deu força jurídica de relevância pública às ações e serviços de saúde
- Conceito de saúde ampliado vinculado as políticas públicas – econômicas e sociais
- Assistência concebida de forma universal, integral, equitativa, com gestão participativa
- Lei 8080/90 – orientações constitucionais do SUS e os princípios orientadores
- Lei 8142/90 - participação na gestão – criação dos Conselhos de saúde em cada esfera e das Conferências de saúde
- Normas Operacionais Básicas (NOBs) a partir dos 1990 – financiamento e modalidades de gestão
- 1994- implantação do PSF – com base no princípio da ABS como organizador do sistema e dos princípios do SUS – centralizar a Política de saúde Brasileira



MODELO DE ATENÇÃO MÉDICA SUPLETIVA

- Emerge na arena sanitária – modelo competitivo ao SUS – De caráter privado
- resultado de uma reciclagem do modelo médico-assistencial privatista
- Desloca a hegemonia do subsistema privado e conveniado para o subsistema de atenção médica supletiva
- (MENDES, 1993)



COMO A CONSTRUÇÃO HISTÓRICA DA
TO E SEUS MODELOS TEÓRICO-
METODOLÓGICOS SE RELACIONAM
COM A CONSTITUIÇÃO DAS POLÍTICAS
DE SAÚDE NO BRASIL?



TERAPIA OCUPACIONAL

- Surge na contemporaneidade como profissão de saúde – ato médico
- Atividades e ocupações – instrumento no cuidado a determinadas pessoas privadas de habilidades sociais, pessoais e cotidianas devido a dificuldades de saúde ou psicossociais
- Concepções de saúde/doença, homem e mundo – vinculam-se a produção de saber e contexto das relações sociais
- (DE CARLO; BARTALOTTI, 2001)



TERAPIA OCUPACIONAL – ELEMENTOS HISTÓRICOS

- Década de 40/50 - Criação de campo profissional no Brasil – Movimento Internacional de Reabilitação – movido pela ONU/OIMS/OIT- os governos nacionais deveriam focar políticas públicas de ações de proteção social
- Abertura de Centros de Reabilitação Profissional → ligados aos CAPs e IAPs
- Incremento da medicina de reabilitação e terapia ocupacional
- 1
- Concepção organicista e biológica dos processos saúde/doença
- Técnicas padronizadas para os procedimentos
- Constituição das especialidades
- Enfoque funcionalista de intervenção
- (SOARES, 2007)



TERAPIA OCUPACIONAL – ELEMENTOS HISTÓRICOS

- Institucionalização da profissão – 1948 – 80 – **modelo médico-assistencial privatista**
- A atuação profissional seguia
- Assistencialista e filantrópica
- Organizada a partir de conceitos clínicos
- Dividida como nas especialidades médicas
- Com prática ancorada em metodologia funcionalista
- No campo da produção de conhecimento tenta legitimar campo epistemológico com base nas concepções científicas
- (SOARES, 2007)



OS CAMPOS DE ATUAÇÃO PRIFISSIONAIS

- Saúde – enfoque clínico com eixo em reabilitação restaurativa funcional
- Saúde mental – prática institucionalizante – atividades sem sentido – troca zero dos espaços manicomiais
- Campo social – referencial estrutural-funcionalista apoiada em concepção de sociedade consensual e sistêmica – prática era adaptar e inserir com base em ações psicopedagógicas e disciplinarizadoras
- Prática da TO seguia referenciais técnicos que se orientavam pelas visões ideológicas predominantes da época
- (SOARES, 2007)



PROCESSO CRÍTICO NA TERAPIA OCUPACIONAL

- Década de 1980 – marcada transformações nas relações sociais e institucionais brasileiras
- Luta pela redemocratização do país e transição política entre dois regimes
- Reforma sanitária e criação de política nacional de saúde por um sistema de saúde coletivo, unificado e humanizado de saúde
- Reforma psiquiátrica – desinstitucionalização dos espaços e das formas de tratamento psiquiátrico e implementação de políticas de saúde mental voltadas para a atenção psicossocial
- Atenção Básica a Saúde e PSF como sua forma institucionalizada – ingresso do profissional
- Aproximação da TO das áreas das ciências sociais e humanas



PROCESSO CRÍTICO TEÓRICO-PRÁTICO

- Crítica a alienação política dos profissionais com pretensão a neutralidade das práticas e concepções na atuação profissional
- Concepções de saúde acríticas e ahistóricas apoiadas em referencial funcionalista
- Reduccionismo dos modelos cuja concepção idealizada de existência humana preconizava um comportamento adaptativo e ocupacional padronizado
- Exercício profissional centrado em instituições totais
- Reflexão crítica a respeito do papel sócio-político do profissional
- (MEDEIROS, 2003)



REVISÃO TEÓRICO- METODOLÓGICA

- Superação de prática profissional apoiada em ciências médicas e biológicas – concepções organicistas de processos saúde/doença
- Articulação de conhecimentos em interface com as ciências sociais e humanas
- Introdução da perspectiva política no escopo teórico-prático profissional
- Referencial crítico, histórico e político



FORMAÇÃO PROFISSIONAL COMPATÍVEL COM O SUS

- Necessidade da constituição de novos métodos e concepções voltadas para a formação profissional
- Ampliando-se espaços de atuação
- Novo perfil profissional compatível com a política de saúde instituída e o novo modelo de atenção em saúde o SUS e sua estratégia de organização do sistema a Atenção Básica e a Programa de Saúde da Família (PSF)
- (DRUMOND, 2007)



TRANSFORMAÇÕES TEÓRICO-METODOLÓGICAS

- Formação crítica
- Problematização dos significados e limites das políticas assistenciais hegemônicas sustentadas em clínica biomédica, especializada e organicista
- Aproximação do profissional dos contextos socioculturais da população atendida e das condições de vida das comunidades
- Competência técnica ligada aos princípios do SUS
- Formação que contemple –
 - Indivíduos
 - Contextos epidemiológicos e territoriais
 - Grupos sociais e estratégias populacionais
 - Modelo econômico
 - Políticas públicas e de saúde



NOVO PERFIL PROFISSIONAL

Desenvolva habilidades para

- Identificar condicionantes sociais, políticos, econômicos e culturais de produção de processos saúde/doença
- Desenvolver procedimentos técnicos para atuar junto a clientela e suas necessidades de saúde e promoção/educação/cuidado e de qualidade de vida
- Constituir procedimentos analíticos das políticas públicas e de saúde

Articulação da compreensão dos processos saúde/doença:

- A dimensão social – relação ecológica - interação entre indivíduos, grupos, ambiente e trabalho
- A reprodução das formas de consciência e de comportamentos culturais
- As relações econômicas – produção e circulação de bens e consumo



AÇÕES PROFISSIONAIS PRECONIZADAS

- Identificação e intervenção junto as condições de moradia e habitação e qualidade de vida e condições de vida no espaço doméstico e de inscrição sociofamiliar
- Criação de vias de acessibilidade universal – serviços, trabalho e cultura
- Acompanhamento e atividades grupais socioculturais junto as comunidades
- Articulação de projetos sociais e de promoção, cuidado e educação em saúde e qualidade de vida
- Criação e fortalecimento de redes sociais de sustentação
- Inclusão social
- Elaboração e implementação de projetos de trabalho no território
- Integração nos projetos e equipes interdisciplinares de atuação sanitária



ESTRATÉGIAS DA ATUAÇÃO PROFISSIONAL

- Atividades individuais, grupais e domiciliares
- Atendimento individual – atenção e cuidado a sujeitos e suas necessidades
- Grupos – geração de renda e trabalho, inclusão escolar, de mães, cuidadores, crianças, adolescentes e jovens, adultos, com atividades socioculturais e recreativas, atividades de cuidados e de discussão de direitos e políticas públicas
- Em domicílio – atenção e cuidado segundo as necessidades, fortalecer laços familiares, grupos sociais de pertencimento
- Atenção e cuidado na dimensão do cotidiano – produção de projetos de vida
- Mapeamento dos recursos territoriais – acessar tecnologias, equipamentos e serviços



A TRANSFORMAÇÃO DAS ATIVIDADES COMO RECURSO TERAPÊUTICO EM TO

Após processos de transformações histórico-sociais dos anos 1980 e 1990

- Com a implantação do SUS – concepção complexa de saúde compreendida a partir de referencial social, político, histórico que supera concepções centradas na dimensão biológica como razão científica na saúde e interface com os conhecimentos das ciências sociais e humanas – práticas que superam a dimensão clínica e instaura a intersubjetividade no cuidado integral à saúde
- Reforma psiquiátrica – desconstrução do dispositivo institucional – desconstrução, desmontagem de saberes/práticas e discursos comprometidos com a objetivação do sofrimento psíquico e sua redução à doença – invenção de instituições dinâmicas voltadas para a produção de subjetividades – implantação da Política Nacional de Saúde Mental
- Referencial crítico, histórico e político
- Eixo mobilizador do uso de atividades em TO muda – **DO REFERENCIAL RESTAURATIVO → O EMANCIPADOR**



EIXO EMANCIPADOR NA SAÚDE MENTAL

- Atividades desenvolvidas predominantemente em serviços extra-hospitalares de saúde mental
- Segundo diretrizes da reforma psiquiátrica e da Política de saúde mental
- Atividades deixam de ser forma alienante de ocupação do tempo e entretenimento → suporte terapêutico, formas de produção de subjetividades, formas de inclusão social, ressignificar cotidiano e valorizar o sujeito
- **Desempenho ocupacional – ganhos em autonomia e emancipação**
- (FIORATI, 2010)



EIXO EMANCIPADOR NA SAÚDE EM GERAL

- As atividades como recurso terapêutico
- A construção da qualidade de vida → transformação da realidade → criação de planos de vida significativos
- As atividades terapêuticas não devem ser fim em si mesmas
- Campo de criação de terrenos existenciais – novas formas de subjetivação
- Recriação de cotidiano e ganhos em autonomia
- Atividades- dispositivos de projeto terapêutico
- Formas de espaços de relações intersubjetivas
- Construção de identidades
 - Potencial criativo – existência humana significativa
 - **Desempenho ocupacional – remoção de barreiras ao desenvolvimento vital dos sujeitos**
- (CASTRO; LIMA; BRUNELLO, 2001)



CONSIDERAÇÕES

- Percurso histórico da TO – prática multifacetada – corresponde as várias formas de organização social e política da sociedade
- Os modelos teórico-metodológicos em TO – articulam-se as políticas públicas de saúde e sociais
 - Atuação crítica no campo da saúde é:
 - Qualificar as necessidades de saúde
 - Pensar diferentes meios e atividades indispensáveis para atender a tais necessidades
 - Instaurar novas tecnologias no campo social da saúde
 - Integrar projetos transdisciplinares
 - Analisar e redimensionar as políticas públicas e de saúde



REFERÊNCIAS

- CORDONI, LJ. Políticas públicas de saúde no Brasil. Revista Espaço Saúde. Londrina. v.8, n.1, p. 13-19, dez, 2006
- DRUMMOND, A. Fundamentos da Terapia Ocupacional. In: CAVALCANTI, A.; GALVÃO, C. (Orgs). Terapia ocupacional: fundamentação e prática. Rio de Janeiro: Guanabara/Koogan, 2007. p. 10-17
- MEDEIROS, MHR. Terapia ocupacional: um enfoque epistemológico e social. São Carlos: EDUFSCar, 2003



REFERÊNCIAS

- MENDES, EV. Políticas de Saúde no Brasil nos anos 80: a conformação da reforma sanitária e a construção da hegemonia do projeto neoliberal. In: Distrito Sanitário: o processo social e mudança nas práticas do SUS. São Paulo/ Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco, 1993, p. 19-92
- SOARES, LBT A história da terapia ocupacional. In: CAVALCANTI, A. GALVÃO C. (Orgs). Terapia ocupacional: fundamentação & prática. Rio de Janeiro: Guanabara/Koogan, 2007

