

Educação e saúde: reflexões e possíveis olhares ao cuidado centrado no paciente em tempos de pandemia

Education and healthcare: reflections regarding views on patient centered care during times of pandemic

Educación y salud: reflexiones y posibles miradas hacia el cuidado centrado en el paciente en tiempos de pandemia

*Nanci da Silva Teixeira Junqueira**
*Geraldo Antônio da Rosa***
*Terciane Ângela Luchese****

Resumo

Presenciam-se, a cada momento, descobertas de novas doenças e, ao mesmo tempo, uma fragilidade na manutenção da saúde da população. O mundo encontra-se perplexo diante da pandemia de COVID-19 que assola o planeta. Esses são aspectos importantes no cenário em que pacientes estão cada vez mais questionadores. É imperativo salientar que os pacientes possuem o direito de conhecer e participar do planejamento, do cuidado, desde a identificação da doença, promovendo o envolvimento na promoção e manutenção da saúde e, até mesmo, nas internações se essas forem necessárias. Este artigo é resultado de atividades de pesquisa de natureza conceitual a partir de elementos empíricos vivenciados em relação ao contexto da saúde e espiritualidade dos autores. Compreender os aspectos da biopolítica e das reflexões de sujeito e autonomia em Paulo Freire se faz necessário para conduzir uma reflexão sobre como os profissionais da saúde poderão estreitar os laços de comunicação com os pacientes. Esse tema torna-se de grande relevância para discussão frente ao processo do cuidado da saúde e a importância do respeito da opinião do sujeito valorizando sua singularidade. Qualificar os processos de formação permanente dos profissionais da saúde como uma prática regular permite pensar no aprofundamento do cuidado centrado no paciente.

Palavras-chave: cuidado centrado no paciente; saúde; educação permanente; biopolítica.

Recebido em: 24/09/2020 – Aprovado em: 05/03/2022
<https://doi.org/10.5335/rep.v29i1.11667>
ISSN on-line: 2238-0302

* Graduação em Licenciatura em Enfermagem e Obstetrícia pela Universidade Federal de Pelotas (1999). Doutoranda em Educação pela Universidade de Caxias do Sul (2019). E-mail: nsteixeira@ucs.br. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-9757-5104>.

** Mestrado em Educação pela Universidade do Extremo Sul Catarinense (2000) e Doutorado em Teologia pela Escola Superior de Teologia (2007). Atualmente é docente pesquisador do PPGEduc-UCS. E-mail: garosa6@ucs.br. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-1193-7910>

*** Possui graduação em Licenciatura Plena em História pela Universidade de Caxias do Sul (1997), mestrado em História pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (2001) e doutorado em Educação (2008). É professora da Universidade de Caxias do Sul. E-mail: taluches@ucs.br. Orcid: <http://orcid.org/0000-0002-6608-9728>

Abstract

At any given moment, it is witnessed both the discovery of new diseases, and, simultaneously, a frailty in maintaining the population's health. The world is stunned before the COVID-19 pandemic which scourges the planet. These are important aspects since patients are asking more and more questions. It is paramount to underscore that patients have the right of knowing and participating of the planning and care, from identifying the disease - which fosters an engagement to promote and maintain health - up to the admittances, whenever necessary. This paper is the result of research activities based upon empirical elements experienced by the authors, within the context of health and spirituality. It is necessary to understand the aspects of both biopolitics and the reflections of self and autonomy by Paulo Freire, in order to lead to pondering about how to bridge communication gaps between healthcare professionals and patients. Such topic takes great relevance in the discussion of maintaining healthcare and the importance of respecting one's uniqueness in an opinion. Qualifying the processes of permanent training of health professionals as a regular practice allows thinking about the deepening of patient-centered care.

Keywords: Patient-centered care. Healthcare. Permanent education. Biopolitics.

Resumen

Continuamente, somos testigos de descubrimientos de nuevas enfermedades y, al mismo tiempo, de una fragilidad en el mantenimiento de la salud de la población. El mundo se encuentra perplejo ante la pandemia de COVID-19 que asola al planeta. Estos son aspectos importantes en el escenario en que pacientes están cada vez más cuestionadores. Es imperativo destacar que los pacientes tienen el derecho de conocer y participar del planeamiento del cuidado, desde la identificación de la enfermedad, promoviendo el desarrollo en la promoción y mantenimiento de la salud y aun de las internaciones, cuando son necesarias. Este artículo es resultado de actividades de investigación de naturaleza conceptual a partir de elementos empíricos vividos con relación al contexto de la salud y espiritualidad de los autores. Es necesario comprender los aspectos de la biopolítica y de las reflexiones del sujeto y autonomía en Paulo Freire para conducir una reflexión sobre cómo los profesionales de la salud podrán estrechar vínculos de comunicación con los pacientes. Este tema se vuelve muy relevante para la discusión ante el proceso del cuidado de la salud y la importancia del respeto de la opinión del sujeto valorizando su singularidad. Cualificar procesos de formación permanente de los profesionales de la salud como una práctica regular permite pensar en la profundización del cuidado centrado en el paciente.

Palabras clave: Cuidado centrado en el paciente. Salud. Educación permanente. Biopolítica.

Introdução

Frente à complexidade do mundo contemporâneo, podemos constatar cenários com pessoas extremamente agitadas e solitárias, mergulhadas nas responsabilidades que as cercam diariamente. Vivem o tempo imediato, apressadas por agendas lotadas e por muito a fazer constantemente. A presença de inúmeras tecnologias faz os seres humanos

sagazes no que diz respeito ao ato profissional, mas deixa dúvidas sobre o cuidado com a própria saúde. O cuidar de si tornou-se um desafio constante para os seres humanos deste século. Presenciamos a descoberta de várias doenças, de novos vírus, bactérias multirresistentes e, ao mesmo tempo, a constatação iminente de uma saúde questionável. O mundo encontra-se perplexo diante da pandemia de COVID-19 que assola o planeta, momento em que se torna palpável a importância da ciência: os privilégios sociais desaparecem e o cenário político vai além da luta dicotômica do bem contra o mal. A grande luta é pela sobrevivência. Ao mesmo tempo em que nos encontrávamos em isolamento social, mantínhamo-nos conectados com toda a realidade planetária. Este artigo é resultado de atividades de pesquisa de natureza conceitual a partir de elementos empíricos vivenciados em relação ao contexto da saúde e da espiritualidade dos autores neste tempo pandêmico.

O artigo resulta de uma pesquisa qualitativa em que “responder ao desafio da compreensão dos aspectos formadores/formantes do humano, de suas relações e construções culturais” (GATTI; ANDRÉ, 2013, p. 30) se coloca como princípio da condução metodológica, pois faz sentido que os pesquisadores compreendam “a não neutralidade, a integração contextual e a compreensão de significados nas dinâmicas histórico-relacionais” (GATTI; ANDRÉ, 2013, p. 31) como perspectivas orientadoras da investigação. A pesquisa, pelo seu objetivo, é exploratória e com relação aos procedimentos é bibliográfica e conceitual.

Melo (2013), considera que as práticas discursivas recaem sobre a vida e as formas de conduzi-la. Estas produzem tecnologias reguladoras, normas e padrões para a população e sua multiplicidade de processos vitais. Podemos questionar se todas as diretrizes estão próximas do entendimento das pessoas. Presenciamos números absurdos de casos de emergências clínicas da população, sendo que o estilo de vida, como alimentação não saudável, estresse diário, jornada de trabalho duplicada e acúmulo de compromissos são alguns exemplos que provocam o adoecimento. Dentro desse contexto, o cenário de uma pandemia, ao mesmo tempo em que desperta um profundo sentimento comunitário, nos defronta com a angústia de superar os revezes do atual momento, do acirramento das desigualdades socioeconômicas e das disputas geopolíticas. Os países do norte, denominados de Primeiro Mundo, não possuíram a sensibilidade para entender que precisavam de humildade para lidar com o possível caos na saúde que se instalaria em todo mundo. O ser humano precisa de ajuda: temos que ter empatia com a dor, preocupação com o outro e sermos abertos para aceitar que somos frágeis em muitos fatores. Precisamos de ajuda das outras pessoas e de uma ação efetiva do Estado, afinal, como aponta Boaventura de Souza Santos:

As pandemias mostram de maneira cruel como o capitalismo neoliberal incapacitou o Estado para responder às emergências. As respostas que os Estados estão a dar à crise variam de Estado para Estado, mas nenhum pode disfarçar a sua incapacidade, a sua falta de previsibilidade em relação a emergências que têm vindo a ser anunciadas como de ocorrência próxima e muito provável (SANTOS, 2020, p. 28).

Diante do exposto até o momento, sabemos que existem várias diretrizes elaboradas pelo Ministério da Saúde brasileiro, mesmo que sem uma ação mais efetiva. Porém, teremos que refletir imediatamente acerca dos protocolos de prevenção instaurados para evitar os números que se apresentam ainda hoje em relação às doenças e às mortes na comunidade: por que esses números ainda aparecem em grande proporção se temos a nosso alcance protocolos assistenciais? Será que a maneira em que estão construídas essas diretrizes é compreendida pela maior parte da população? Será que não precisaríamos usar linguagem facilitadora, por meio da qual os cidadãos possam compreender melhor as orientações? Segundo Melo (2013), a educação em saúde se mostra como uma governança de outros e uma solicitação de autogoverno e autodisciplina, ou seja, uma estratégia biopolítica. A pandemia do COVID-19 trouxe o alerta de que precisamos refletir sobre práticas assistenciais, investir em educação, esclarecer e aproximar a ciência da sociedade.

Nesse contexto, várias dúvidas se fazem presentes, dentre elas: como os aspectos da biopolítica poderão auxiliar na compreensão das condutas e ações ainda observadas nos cenários assistenciais de cuidado? Como ocorre o diálogo entre equipes de médicos e enfermeiros com seus pacientes? Como ocorre a compreensão do cuidado e do autocuidado por esses pacientes? E, não menos importante: como incentivar uma mudança de paradigma assistencial no sentido de respeitar o sujeito? Sem o intuito de responder a todos esses questionamentos, o objetivo do artigo é estimular a reflexão a partir das leituras das obras de Paulo Freire e dos questionamentos supra mencionados. Sugere-se que a revisão bibliográfica poderá auxiliar a compreensão epistemológica do sujeito como ser oprimido, promovendo, nos profissionais da saúde, uma reflexão acerca de como poderão estreitar os laços de comunicação com os pacientes. Esse tema torna-se de grande relevância para discussão frente ao processo do cuidado da saúde e da importância do respeito da opinião do sujeito, valorizando sua singularidade.

Sujeito como partícipe no planejamento do cuidado

Torna-se imperativo salientar que os pacientes possuem o direito de conhecer e participar do planejamento do cuidado, desde a identificação da doença, promovendo

o envolvimento na promoção e manutenção da saúde e, até mesmo, nas internações se forem necessárias. Percebe-se que essa situação permeia este evento denominado pandemia do COVID-19, quando pacientes não possuem condições de participar do planejamento terapêutico devido à agressividade do vírus. Além disso, presenciamos a falta de recursos clínicos que gera uma insegurança em um bom prognóstico. Essas práticas de envolvimento do sujeito como partícipe no planejamento assistencial são realmente práticas desafiadoras para os profissionais de saúde. Ainda não encontramos esses cuidados nos cenários assistenciais ofertados no Brasil. Percebemos que os pacientes não estão habituados (em sua grande maioria) a questionar o planejamento de assistência a ser aplicado. Por outro lado, em termos de momento de uma pandemia, observa-se, sob pena de consequências efetivamente catastróficas, a necessidade de a sociedade, numa perspectiva de cidadania, estar envolvida no planejamento de assistência: ser esclarecida, estar ciente das descobertas científicas, ter capacidade de seguir protocolos, compreender o cuidado de si e do outro, como algo maior do que uma escolha embasada em informações sem base científica.

Presenciamos repetidas internações com o mesmo diagnóstico. Isso pode ocorrer devido às falhas de orientações durante o período de consultas. Essa falta de comunicação clara, por vezes informação não significativa, poderá acarretar internações hospitalares e, até mesmo, o prolongamento dessas internações. Esses pacientes, por sua vez, não questionam o planejamento das condutas, pois acreditam fielmente nas equipes assistenciais. Martins (2004) corrobora dizendo que é preciso que haja um entendimento entre as partes, no qual o médico ou profissional da saúde espera do paciente que este confie nele, para que o profissional possa ajudá-lo, mas não espera que essa confiança seja cega. Ou seja, o paciente tem que ter autonomia para questionar sempre que não entender ou não aceitar o planejamento do cuidado. De nada adianta uma imposição de tratamento se os pacientes voltarem, tempo depois, com as mesmas patologias.

Entretanto, presenciamos, também, duas classificações de usuários: os que são pacientes ativos e demonstram conhecimentos prévios durante uma consulta em saúde e os que são pacientes passivos e aguardam as consultas para diagnosticarem suas doenças. Cabe aqui ressaltar que o comportamento do último grupo pode se dar por falta de recursos tecnológicos ou mesmo por questões culturais. A importância do diálogo, do esclarecimento e de uma conduta cuidadosa da equipe de profissionais, no sentido de acolher e demonstrar os protocolos a serem seguidos, ganha relevância.

Os usuários/pacientes ativos utilizam a tecnologia digital para pesquisarem as dúvidas acerca das possíveis patologias que afetam a si ou aos seus familiares. Seguidamente percebemos, durante as consultas, que muitas pessoas já possuem quase um diagnóstico fornecido pela busca de informações na *internet* em *sites*, por vezes pouco confiáveis. Frente a esse contexto, alguns dos pacientes tornaram-se cada vez mais questionadores e cientes de seus direitos. Viana *et al.* (2011) reforçam que os pacientes estão cada vez mais conscientes em relação aos seus direitos e atentos às constantes mudanças e avanços do mercado da saúde. Diante disso, as políticas e ações em qualidade são hoje utilizadas com o objetivo de serem competitivas no mercado e garantirem a segurança assistencial.

O avanço tecnológico na área da saúde trouxe importantes progressos para o diagnóstico e tratamento de várias doenças, criando novas possibilidades para o controle de enfermidades crônicas e contribuindo para o aumento da expectativa de vida da população (GOMES, 2016). Por outro lado, deparamo-nos com um momento caótico, jamais imaginado em termos sanitários, decorrente de doenças novas que causam estranheza e caos. Vivenciamos um momento de desafio à ciência, aos profissionais, bem como às políticas públicas relacionadas à saúde. São tempos paradoxais, em que a ciência, a pesquisa e os profissionais de saúde são intensamente demandados. Em contrapartida, são atacados, agredidos, desprezados por seus diagnósticos, suas posições ou seu conhecimento. Ao mesmo tempo em que esse avanço da tecnologia auxilia a medicina nas inovações de tratamento, presencia-se o culto de consultas e tratamentos em *sites*. Diante disso, muitos profissionais da saúde se preocupam, pois há clareza de que a maioria dessas informações são questionáveis e levam pessoas a uma piora clínica.

Nesse contexto, foi publicada a Resolução 2.227/2018 do CFM que tinha por intenção regular os atendimentos *online* no Brasil. Porém, ela foi revogada em 2019 diante das inúmeras contribuições encaminhadas pelos profissionais médicos sugerindo modificações e tempo para analisar os documentos que constam nos termos da Resolução 2.227/2018. É importante destacar que a telemedicina tem por objetivo levar a saúde de qualidade a cidades do interior do Brasil que, por vezes, não conseguem atrair médicos e equipes de saúde. Também auxilia nas grandes cidades no intuito de criar outra alternativa de consultas, evitando grandes demandas nas portas de entrada de instituições de saúde. Outro objetivo importante da telemedicina é a construção de linhas de cuidado através de plataforma digitais (CFM, 2020). Desse modo, diante do atual cenário que vivenciamos com a pandemia da COVID-19, o Ministério da Saúde, por meio da Portaria 467, de 20 de março de 2020, em caráter excepcional,

regulamentou a telemedicina como ferramenta de ajuda ao enfrentamento da emergência de saúde pública que vivenciamos (BRASIL, 2020).

Cabe ressaltar que ainda restam grandes desafios para a garantia da qualidade dos cuidados em saúde. Problemas de comunicação e relacionamento entre os profissionais e o paciente, que ocorrem com frequência, interferem na percepção do paciente sobre a qualidade do cuidado. Vários estudos constataram que muitos pacientes estão insatisfeitos com a qualidade da interação com o profissional de saúde (DWAMENA *et al.*, 2012). Sabe-se que a principal queixa feita nas ouvidorias das instituições de saúde é em relação à postura autoritária e pouco empática de alguns profissionais da saúde para com os próprios pacientes ou até mesmo com os familiares deles. É comum ocorrer falta de informação sobre o estado de saúde, planejamento e atualização de prognósticos, e essa situação gera descontentamento e angústia em todos os envolvidos. Martins (2004) lembra que a hipótese de Foucault (2014) é a falta de autonomia im- pingida aos pacientes na medicina oficial, seu discurso e sua postura de detentora da verdade do outro e sobre ele. No atual momento, observamos, diante das práticas de condutas assistenciais do COVID-19, uma falta e uma demora dos resultados nos diagnósticos da doença que, por vezes, podem resultar em óbitos sem que as famílias conheçam realmente o fator causal dessa perda, gerando angústias, incertezas e tristeza. Não é possível banalizar a morte. A barbárie que se coloca em certos discursos sobre a doença, a contaminação e mesmo as reações relacionadas ao processo de vacinação são pontos de debate e enfrentamento para a ciência.

Numa perspectiva de mudança desse cenário, emergem alguns termos semelhantes como “cuidado centrado no paciente”, que estão sendo empregados na literatura com ênfase na ideia de parceria e colaboração entre o paciente e o profissional de saúde. Deve-se respeitar a opinião do paciente e familiares, tendo em vista o cuidado da responsabilidade técnica. *The Picker Institute*, organização não-governamental (ONG) que promove pesquisas sobre os interesses dos pacientes nos Estados Unidos e na Europa, define o cuidado centrado no paciente como uma abordagem em que os profissionais desenvolvem parceria com pacientes e familiares para identificar e satisfazer a gama de necessidades e preferências destes em relação ao seu tratamento (GOMES, 2016).

Dessa forma, faz-se necessário aliar o entendimento dos aspectos da biopolítica às reflexões de sujeito e autonomia de Paulo Freire, pois elas vêm ao encontro da proposta que pretende compreender por que pacientes ainda não têm o domínio do seu próprio corpo quando hospitalizados. O corpo é o alvo do investimento biopolítico,

pois é nele que se investe para que se torne funcional e produtivo no contexto do capitalismo: “a lógica de mercado sujeita o corpo a um uso instrumental, quer como meio de produção, quer como alvo de consumo” (GOMES, 2013, p. 63). Para pensar a relação corpo, biopolítica e cuidado centrado no paciente, tecemos o tópico a seguir.

Aspectos da biopolítica em relação ao sujeito/paciente

Deve-se levar em consideração os aspectos da biopolítica, importantes para que possamos entender posturas assistenciais observadas nos atuais cenários, tais como profissionais que não se preocupam com os desejos e opiniões do próprio paciente/sujeito. Também é necessário entender por que ainda presenciamos a insatisfação desses mesmos pacientes com o tratamento e sem voz para sugerir ou expressar o seu desejo.

Claramente observamos, nas práticas assistenciais, um entendimento de que pacientes não têm qualificação técnica para opinar quanto ao plano terapêutico. Nesse contexto, Martins (2004) menciona que no cenário que habitamos, notamos a crença de que o médico assume uma posição de onipotência diante da doença do paciente, sendo necessário que este se submeta à tutela daquele, muitas vezes incondicionalmente. Isso é observável no contexto da saúde. As pessoas compreendem o poder do profissional como algo necessário para a recuperação da própria saúde, tornando essa prerrogativa inevitável. Por outro lado, presenciamos os insucessos dos tratamentos, muitas vezes pela não aceitação de um plano de cuidado incompatível com a rotina de vida, ou até mesmo pela falta de adesão ao tratamento proposto devido a dificuldades de entendimento da informação.

Diante dessas constatações, surge a lembrança do que Paulo Freire mencionava em seus escritos: a necessidade do sujeito na luta da sua própria autonomia e valorização. A obra *Pedagogia do Oprimido* (2010), que se intitula como *Justificativa da Pedagogia do Oprimido*, é onde Paulo Freire desenvolve tal discussão em torno da oposição entre humanização e desumanização e da luta para recuperar a humanidade dos oprimidos. Freire (2010) discute o processo de desumanização causada pelo opressor a seus oprimidos. Relata também que a forma de imposição na qual o opressor envolve o oprimido faz com que este se sinta inferiorizado, necessitando ter alguém que decida por ele próprio. Nesse sentido, refletimos sobre a já mencionada impotência de muitas pessoas em discutir ou propor uma sugestão de cuidado para seu tratamento que tenha melhor adesão, pois ainda se tem em mente que o profissional de saúde, por possuir instrução acadêmica e técnica, não deve ser questionado ou contrariado. Qual a diferença entre um ou outro modo de tratamento? Talvez uma maior autonomia, respeito

e reconhecimento de que um saber sobre si nos ultrapassa, tampouco outra pessoa, por mais diplomada que ela seja (MARTINS, 2004). Nesse sentido, surge a importância da reflexão sobre poder e biopolítica. Esses conceitos são base para auxiliar a compreensão das posturas dos pacientes – submissão ou autonomia – nos cenários da saúde.

O poder pode ser considerado como salutar, mas também deletério. Ter poder significa que o indivíduo possui uma influência que poderá aparecer sobre o outro e, geralmente, no ínterim que tratamos, esse domínio surge diante do conhecimento sobre determinado assunto. Para Nespoli (2014), o poder se associa ao saber e se torna uma ferramenta política de regulação da vida. Por isso, não deve ser apreendido como regra e proibição, mas como força, microfísica positiva que toma forma nas articulações entre saberes e práticas. O poder sobre a vida direciona como administrar populações, precisando levar em conta a realidade biológica. Diante disso, passamos a chamar esse domínio de biopoder, o qual podemos considerar como práticas voltadas ao cuidado da vida e direcionadas à população. O termo biopolítica refere-se ao que faz a vida entrar no domínio dos cálculos explícitos, e faz do poder-fazer (biopoder) um agente de transformação da vida humana (MELO, 2013).

Cabe ressaltar que biopolítica é o termo utilizado por Foucault (2014) para explicar a forma pela qual o poder tende a se modificar no final do século XIX e início do século XX. As práticas disciplinares anteriormente utilizadas visavam governar o indivíduo. Com a biopolítica, engloba-se a população como um todo (FERNANDES; RESMINI, 2015). Os autores ainda mencionam que a biopolítica é a prática de biopoderes locais. No biopoder, a população é tanto alvo como instrumento em uma relação de poder.

Com a mobilização desses conceitos, podemos entender por que nossos pacientes (os quais possuem, na maioria dos casos, pouca instrução) deixam, em pleno século XXI, que grupos de profissionais (médicos e enfermeiros) dominem seu plano terapêutico sem que os sujeitos digam se estão de acordo. Essa prática, comum na área da saúde, é uma relação de biopoder, ou seja, as pessoas que possuem conhecimentos sobre determinado assunto têm maior capacidade de tomada de decisão, mesmo que não seja a mais adequada naquele momento. Vamos exemplificar essa constatação com a classe médica: está impregnado em nossa cultura que esses profissionais possuem tanto domínio no quesito saúde que não observamos qualquer tipo de questionamento por parte dos pacientes, os quais, anteriormente, caracterizamos como pacientes passivos nos cenários das consultas.

Essa condição pode mudar, na medida em que os oprimidos, ou pacientes passivos, se derem conta de que podem contestar, falar, opinar, buscar recuperar sua

humanidade, não se sentir idealisticamente submissos. Essa postura dialógica, respeitosa, de mútuo acordo constitui um avanço na luta por igualdade de opiniões e respeito às diferenças econômicas e culturais. Se essas práticas acontecerem, serão, sem dúvida, a restauração da humanidade e dignidade de ambas as classes.

Para Freire (2010), esse pensamento da libertação do estado de opressão é uma ação social, não podendo, portanto, acontecer isoladamente. O homem é um ser social e, por isso, a consciência e a transformação do meio acontecem em sociedade. Todavia, como poderá o ser humano sair da opressão se os que nos ensinam são também aqueles que nos oprimem? A educação tem um papel importante nesse processo de busca pela liberdade e mudança de postura. Diante disso, o pensamento fundamental de Paulo Freire reforça os conceitos pedagógicos aos quais o educador deve se direcionar para uma transformação no contexto social de dominação que se dá através do processo de educar (FREIRE, 2010). Cabe mencionar que na própria formação inicial e permanente dos profissionais de saúde – médicos, enfermeiros, técnicos – é relevante que essa postura de empatia, de diálogo e de acolhimento possa ser constituída.

Reconhecemos que a conscientização se dá por um processo gradual em que se busca a liberdade sem produzir novos opressores e oprimidos. Freire, na sua *Pedagogia do Oprimido* (2010), faz com que compreendamos a prática da liberdade como uma nova pedagogia de ação reflexiva e crítica, abrindo espaços para o pensar no ser humano através do diálogo.

É através dessas análises de Paulo Freire que podemos responder a algumas indagações sobre posturas de pacientes e de profissionais de saúde já mencionadas no decorrer deste texto, relacionadas à biopolítica. Essas pontuações são necessárias para que possamos repensar as ações e as práticas dos profissionais da área da saúde, bem como dos professores responsáveis pela formação acadêmica em saúde. Pensamos na necessidade de levar essas discussões para as grades curriculares e oferecer espaço para entendimento e reflexão sobre a temática. A educação continuada e permanente em saúde se faz necessária para alcançarmos esses objetivos.

Educação permanente em saúde

A busca pela qualificação dos processos de trabalho, tanto nas instituições hospitalares quanto na educação em saúde nas comunidades, priorizando a aproximação dos pacientes com o profissional da saúde, é um desafio constante, principalmente nos ambientes hospitalares em que existe um grande número de colaboradores, alta

rotatividade, fragilidade na aplicação de controles de segurança, esquecimento de registros e, muitas vezes, resistência em seguir protocolos de atendimentos. Quando se fala em educação de saúde para a população, deparamo-nos, muitas vezes, com poucos profissionais para uma demanda grande de atendimento. Reflexo disso presenciamos durante essa pandemia, através dos relatos constantes pelos meios de comunicação sobre a fragilidade técnica quanto ao manejo adequado de equipamentos assistenciais e de proteção individual (EPIs) e demais materiais utilizados no cuidado ao paciente. Verificamos que o Ministério da Saúde e instituições assistenciais realizaram inúmeras capacitações com todos os profissionais da saúde e, mesmo assim, é a categoria com mais alto índice de contágio por esse vírus.

Diante desse cenário, existem programas de educação permanente em instituições que buscam diminuir essas possíveis fragilidades técnicas e educacionais em relação a atualizações dos profissionais, tendo em vista o surgimento das novas doenças que afetam o mundo todo. Por isso, ter instituída e organizada a prática de educação permanente torna-se imprescindível e necessário. O processo de aprender e ensinar incorporado ao dia a dia dos serviços de saúde a partir das necessidades de saúde não apenas locais (no interior de cada serviço), mas loco-regionais (por redes de serviços, inclusive intergestores) (STÉDILE; TEIXEIRA, 2016).

Nesse sentido, Sardinha Peixoto *et al.* (2013) complementam que, entre os fatores que influenciam na aprendizagem e nas mudanças educacionais, estão os conhecimentos e as práticas atualizados. Por meio deles, criam-se, no colaborador, necessidades de readaptação e reorientação no seu processo de trabalho, o que subsidia a implantação da estratégia de educação permanente em saúde. Para esses autores, serão nesses cenários de educação continuada que ocorrerão a manutenção, os aprimoramentos e as atualizações dos processos de trabalho já instituídos.

Ainda, durante os encontros de formações institucionais será possível integrar as várias equipes multiprofissionais, envolvidas no cuidado com os pacientes, bem como os setores. Esses espaços se tornam fundamentais para que o trabalho seja adequadamente desenvolvido.

Martins (2004) menciona a necessidade de refletir se as práticas da medicina atual apenas curam doenças ou tratam e reabilitam doentes. No último caso, deixa-se de conceber como representante da verdade e aceitar as equipes de saúde em prol do paciente, pois ainda assistimos a prática disciplinar do modelo médico centralizado, no qual a autonomia do profissional torna-se inquestionável em muitos ambientes assistenciais. A biopolítica afirma, como vimos anteriormente, que a força do biopoder

ainda está muito presente nas comunidades onde quem tem mais cultura e conhecimento tem por direito determinar condições aos demais seres humanos, o que resulta, nas palavras de Freire (2010), em opressão.

Cabe ressaltar que a luta de igualdade pelo exercício profissional é algo que atualmente presenciamos com maior vigor. Levantamos a defesa de que cada profissional tem uma expertise e que esse fato deve ser respeitado. São muitos os anos de estudos e pesquisas para qualificar profissionais de áreas tais como enfermagem, fisioterapia, psicologia, farmácia. Todos os profissionais da saúde, sem exceções, têm conhecimentos consolidados para auxiliar nos planos terapêuticos do paciente e é certo que a organização de uma educação permanente se faz necessária.

A prática interdisciplinar ainda é um desafio frente ao modelo médico-centrado, caracterizado pela divisão do trabalho, especialização e fragmentação do conhecimento. Assim, um agir interdisciplinar exige que se tragam os saberes e as ações de todas as áreas dos conhecimentos (STÉDILE; TEIXEIRA, 2016). Nesse sentido, os pacientes ganharão em uma prestação de cuidado especializado mais bem qualificado, diminuindo, muitas vezes, a indicação de internações ou até mesmo uma alta mais rápida, se assim for necessária a baixa hospitalar. Para Sardinha Peixoto *et al.* (2013), estabelecer um programa de educação continuada, tendo como base a interdisciplinaridade, propicia maior interação na equipe de saúde, oportunizando a promoção da aprendizagem e intercâmbio dos conhecimentos. Essa pandemia fez com que os profissionais reavaliassem as práticas rotineiras da assistência e trouxe a necessidade de interação multiprofissional, avaliando e refinando processos, adequando-os ao real cenário. Esses processos, por vezes, estão alinhados com as boas práticas; mas, em outros momentos, podemos presenciar situações caóticas devido à falta de materiais e equipamentos como os respiradores artificiais ou tubos de oxigênio, por exemplo. Notoriamente, o Brasil é heterogêneo: ao passo que no sul do país a saúde está um pouco mais organizada, verificamos que no norte e nordeste vários tipos de tecnologia ainda são necessários.

Segundo o Ministério da Saúde, a Educação Permanente em Saúde (EPS) é norteadora de novas práticas que orientam a reflexão sobre o trabalho e a construção de processos de aprendizagem colaborativa e significativa, a partir dos principais desafios identificados pelas equipes no cotidiano do trabalho (BRASIL, 2014, p. 6). É uma educação que emerge, portanto, do cotidiano e seus problemas complexos, a partir das necessidades evidenciadas pelas equipes de saúde, com o objetivo principal de melhorar os processos de trabalho e a sua qualidade.

Diante disso, a educação permanente pode possibilitar a melhora no relacionamento entre paciente, família e equipe de saúde, assim como a compreensão da doença, devido ao encorajamento à aquisição de conhecimento, despertando o autoconhecimento no profissional (SARDINHA PEIXOTO *et al.*, 2013). Essas são premissas de uma boa qualidade no atendimento ao paciente, uma boa relação entre paciente e familiares e, principalmente, um dos critérios para estabelecer o cuidado “centrado no paciente”, termo utilizado pelas organizações nacionais e internacionais que trabalham a qualidade, a segurança e a organização dos processos assistenciais ao cuidado do paciente.

Nesse sentido, faz-se necessário entendermos melhor a expressão “cuidado centrado no paciente”, empregada na literatura com ênfase na ideia de parceria e colaboração entre o paciente e o profissional de saúde. O Ministério da Saúde também aborda esse tema através do Projeto Terapêutico Singular (PTS) (CARVALHO, 2012), que é definido por:

conjunto de condutas/ações/medidas, de caráter clínico ou não, propostas para dialogar com as necessidades de saúde de um sujeito individual ou coletivo, geralmente em situações mais complexas, construídas a partir da discussão de uma equipe multidisciplinar (BRASIL, 2012, p. 10).

Diante do exposto, fica evidente que uma educação permanente se torna imprescindível em qualquer instituição, principalmente no âmbito hospitalar, onde existem várias especificidades. Manter um elo de comunicação entre equipes de forma interdisciplinar qualificará o atendimento aos pacientes e a familiares e manterá qualificados os processos já instalados nas instituições.

A preocupação fundamental é buscar sempre a excelência no atendimento aos pacientes com muito respeito e atenção, independentemente de estarem em organizações privadas ou públicas. Acredita-se que, ao final desta pesquisa, será aprofundada a importância do cuidado centrado no paciente, e o entendimento da biopolítica e da formação continuada se tornarão fundamentais para qualificar a assistência oferecida aos usuários do SUS.

A obra *Pedagogia da Autonomia* (2015), de Paulo Freire, auxilia também nas questões de análise das capacitações, ou seja, na educação continuada. É uma das obras mais impactantes do referido autor, sendo a última publicada em vida, na qual ele faz uma reflexão e apresenta orientações a respeito da compreensão da prática docente enquanto dimensão social da formação do ser humano. O autor relata a necessidade de o

professor assumir a postura de articulador de aprendizagem, colocando-se contra práticas de desumanização. Nesse sentido, contribui para a compreensão da postura dos profissionais de saúde frente a uma nova perspectiva de trabalho e atuação profissional.

No decorrer dessa obra, Paulo Freire reforça o pensamento de que o professor não é o mais inteligente porque domina conhecimentos pelos quais o educando ainda não transita, e esse aluno deve ser participante do processo da construção da aprendizagem. O autor também menciona a necessidade de o educador desenvolver-se como pesquisador, sujeito curioso, que busca o saber e o assimila de uma forma crítica, porém não ingênua, com questionamentos, e orienta seus educandos a seguirem também essa linha metodológica de estudar e entender o mundo, relacionando os conhecimentos adquiridos com a realidade de sua vida, sua cidade, seu meio social. Segundo Ceccim e Ferla (2008), para a educação permanente em saúde não existe a educação de um ser que sabe para um ser que não sabe. O que existe, como em qualquer educação crítica e transformadora, são a troca e o intercâmbio que causam estranhamento e reflexões. Freire reforça que, para termos qualidade na educação no Brasil, é necessário que tenhamos discentes ativos, criadores, instigadores e curiosos, pois isso faz com que o educador abandone o papel de apenas transmitir conhecimento e passe a assumir uma postura progressista ou crítico-reflexiva (FREIRE, 2015). Como docentes universitários, cabe-nos o desafio de estimular a criticidade dos acadêmicos e, dessa forma, conseguir capacitar um futuro profissional que seja autônomo, líder, criativo, mas, principalmente, empático com o outro, que nesse contexto será seu paciente e familiares. Precisamos, além das técnicas, estimular a inserção de políticas de humanização nos atendimentos ao público em qualquer momento da atuação prática, com ou sem pandemia.

Crivari e Berbel (2008) *apud* Villardi, Cyrino e Berbel (2015) acrescentam que a formação necessita centrar-se na promoção da saúde, entendida como qualidade de vida; no processo de trabalho; na interdisciplinaridade; no desenvolvimento de habilidades para a ação social e na capacitação na educação em saúde, a fim de formar, ao mesmo tempo, bons profissionais e bons cidadãos.

É essencial que, na atualidade, formemos profissionais embasados não somente em conhecimentos advindos da literatura, que muitas vezes mostram a realidade de outros países, principalmente dos Estados Unidos, mas também em conhecimentos que nasceram da resolução de problemas de nosso próprio país e comunidade em que estamos inseridos (VILLARDI; CYRINO; BERBEL, 2015).

No movimento formativo permanente dos profissionais da saúde, podemos considerar o que Freire (2015) escreveu e faz todo o sentido - não há ensino sem pesquisa:

investiga-se para conhecer o que ainda não se sabe e comunicar ou anunciar o novo; diz ainda que outro saber fundamental à experiência educativa diz respeito à sua natureza, devendo, o profissional, compreender com clareza a sua prática e, ainda, que o ato de ensinar exige comprometimento. Também exige comprometimento o ato de cuidar da saúde do outro.

Wener *et al.* (2016) *apud* Fontana (2018) mencionam que as capacitações teóricas que se utilizam somente de palestras e conferências são estratégias não tão seguras para a educação em saúde para as pessoas. Em muitas situações e em muitos cenários de ensino e educação em saúde, há necessidade de atitudes dinâmicas e de metodologias ativas que possam envolver os atores de forma significativa e implicada com o compromisso social.

Conclusão

Essa pandemia emerge num contexto de fragilidade dos sistemas públicos de saúde e trouxe instabilidade financeira e emocional, provocando a reflexão sobre o contexto das nossas vidas e tantas outras ressonâncias que não cabe listar. A diminuição, nos últimos anos, dos investimentos na saúde pública no contexto do Brasil fragilizou o SUS e, em meio a uma condução duvidosa e nem sempre coerente do Ministério da Saúde, as perdas têm sido recorrentes. Ultimamente, estávamos voltados para o *eu*, num sentido do ser humano individual e egoísta, atribulados de afazeres diários. Não podemos afirmar que mudamos, mas muitos se puseram a pensar mais sobre a nossa finitude e o sentido de viver.

A morte por COVID-19 é uma metáfora para repensar a forma de vida e os valores que sustentam os nossos modos de viver e de nos relacionarmos. O isolamento social fez com que pensássemos sobre a real importância do ser humano com um todo e, com isso, enfatizou o que precisamos modificar para sermos pessoas e profissionais mais humanos e empáticos com o outro. É urgente “imaginar o planeta como a nossa casa comum e a Natureza como a nossa mãe originária a quem devemos amor e respeito. Ela não nos pertence. Nós é que lhe pertencemos” (SANTOS, 2020, p. 32). A família é um importante meio na construção do caráter e dos princípios dos seres humanos, porém, nós, como docentes universitários, também podemos assumir esse papel, propondo reflexões por meio de referências bibliográficas nas grades curriculares que defendam a valorização do sujeito e da sua autonomia. Um exercício profissional e uma atitude cidadã mais sensível, ética e coerente com o coletivo, com o bem-comum.

Diante disso, a leitura de obras de Paulo Freire (2010), *Pedagogia do oprimido e Pedagogia da autonomia* (2015), tornaram-se extremamente relevantes para que se tivesse a oportunidade de refletir sobre práticas e ações no cenário brasileiro. Conhecer obras de um autor que é referência mundial na educação torna-se imprescindível a toda população. A revisão de literatura auxiliou também a repensar as várias ações praticadas constantemente por profissionais da área da saúde. Reforça-se que essas reflexões também se tornam imprescindíveis aos professores em vários aspectos epistemológicos.

Entende-se que o sistema educacional de hoje também continua a disseminar a opressão, não tanto em razão do professor, mas pelas condições de trabalho a ele impostas. O educador hoje é tão vítima como o oprimido, pois é meramente mais um deles na prática: deveria haver colaboração e organização das classes populares, por meio de movimentos, para uma verdadeira transformação. Após a leitura de Paulo Freire, o qual reforça o cuidado com os alunos, o respeito e o saber ouvir são questões que ainda estão muito ativas em campo prático. Ser professor não é tarefa tranquila. A todo momento estamos em busca de novas práticas, novos recursos metodológicos para ajudar a aprendizagem dessa nova geração de jovens ativos, de internautas e de profissionais ativos nos campos de atuação.

Paulo Freire trouxe à luz questões sobre as quais ainda precisamos refletir, tentando promover mudanças de atitudes. Certamente ele é um autor atemporal e de extrema significância para todos os educadores do mundo. Freire queria mais que alfabetizar pessoas: seus encontros não só promoviam a organização dos materiais didáticos partindo das experiências dos alunos, mas incentivavam a percepção do mundo ao redor, do contexto social em que estavam inseridos; estimulavam a criticidade da população que, até então era justificadamente submissa ao governo, segundo o autor, por sofrermos forte influência de um pensamento colonial ainda vigente.

Com a preocupação em manter os processos de trabalho qualificados, tanto nas comunidades quanto nas instituições hospitalares, necessitamos trazer práticas de Paulo Freire aos processos de atualizações profissionais. Por vezes, presenciamos resistência em seguir novos protocolos de atendimentos e nos deparamos com poucos profissionais para uma demanda grande de atendimento aos usuários. Quem sabe trazendo reflexões e exaltando as experiências prévias possamos tocar os colaboradores das instituições?

Por que as diretrizes e protocolos de saúde pública, extremamente importantes para garantir a prevenção e tratamento à população, não podem ter uma linguagem mais facilitadora, linguagem e metodologias educacionais que os profissionais de saúde pudessem utilizar com usuários? Metodologias freirianas que possam ser utilizadas pelos profissionais de saúde para, dessa maneira, chegar à população, com orientações

claras e precisas para proteção da saúde comunitária, mostram-se adequadas, bem como linguagens e métodos por meio dos quais o sujeito se sinta importante e singular.

A pandemia do COVID-19 também traz o alerta de que precisamos refletir sobre as práticas assistenciais, pois vivenciamos a dificuldade de alertar a população acerca dessa inesperada pandemia em função de um vírus que, em dois meses, levou a óbito milhares de pessoas. Precisamos ter políticas que, ao chamarem a população, possam ser resolutivas. A ideia de aproximar os sujeitos nos processos de trabalhos assistenciais é, sem dúvida, um grande desafio, importante para que condutas em saúde possam ser realmente entendidas e adquiridas pelos sujeitos. Dessa maneira, é possível desenvolver educação em saúde com foco no incentivo à consciência crítica com uso de diversas metodologias que facilitem o empoderamento de cada pessoa, promovendo a autonomia do sujeito.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. *Educação Permanente em Saúde: um movimento instituinte de novas práticas no Ministério da Saúde*. Agenda 2014. Brasília, DF. 2014.

BRASIL, Portaria 467 de 20 de março de 2020. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt0467_23_03_2020_extra.html>. Acesso em: 09 maio 2020.

CARVALHO, Laura Graças Padilha de *et al.* A construção de um Projeto Terapêutico Singular com usuário e família: potencialidades e limitações. *O Mundo da Saúde*, São Paulo, 2012;36(3):521-525. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/artigos/mundo_saude/construcao_projeto_terapeutico_singular_usuario.pdf>. Acesso em 09 maio 2020.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução CFM n. 2.227/2018. Brasília. Disponível em: <<https://portal.cfm.org.br/images/PDF/resolucao222718.pdf>>. Acesso em: 09 maio 2020.

CECCIM, Ricardo Burg; FERLA, Alcindo Antônio. Educação e saúde: ensino e cidadania como travessia de fronteiras. *Trabalho, Educação e Saúde* [online]. 2008, v. 6, n. 3 [Acessado 19 Junho 2020], pp. 443-456. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1981-77462008000300003>>.

DWAMENA, Francesca *et al.* Interventions for providers to promote a patient-centred approach in clinical consultations. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, [S.l.], v. 12, 2012. Disponível em:

<<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD003267.pub2/abstract;jsessionid=F4C6CACAEA3CFC9C7E7194F6A2>>. Acesso em: 12 nov. 2017.

FERNANDES, Daniel; RESMINI, Gabriela. *Biopolítica*. 2015. [online]. Disponível em: <<http://www.ufrgs.br/e-psico/subjetivacao/espaco/biopolitica.html>>. Acesso em: 19 fev. 2020.

FONTANA, Rosane Teresinha. O processo de educação em saúde para além do hegemônico na prática docente. *Revista contexto e educação*, Ijuí, n. 106, ano 33, set./dez. 2018.

FOUCAULT, Michel. A governamentalidade. In: FOUCAULT, M. *Microfísica do poder*. 28. ed. Rio de Janeiro: Graal, 2014.

FREIRE, Paulo. *Educação como prática de liberdade*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2015.

FREIRE, Paulo. *Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa*. 52. Ed. São Paulo: Paz e Terra, 2015.

FREIRE, Paulo. *Pedagogia do oprimido*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2010.

GATTI, Bernardete; ANDRÉ, Marli. A relevância dos métodos de pesquisa qualitativa em Educação no Brasil. In: WELLER, Wivian, PFAFF, Nicolle (org.). *Metodologia da pesquisa qualitativa em Educação*. 5. reimp. Petrópolis, RJ: Vozes. 2013. p. 29-38.

GOMES, Ivan Marcelo *et al.* *As práticas corporais no campo da saúde*. São Paulo: Hucitec, 2013. p. 52-82.

GOMES, Patrícia Helena Goulart. *O cuidado centrado no paciente (na pessoa?) nos serviços de saúde: as estratégias utilizadas pelos governos*. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Fundação Oswaldo Cruz, FIOCRUZ, Rio de Janeiro. 2016.

MARTINS, André. Biopolítica: o poder médico e a autonomia do paciente em uma nova concepção de saúde. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, v. 8, n. 14, p. 21-32, fev. 2004.

MELO, Lucas Pereira de. Análise biopolítica do discurso oficial sobre educação em saúde para pacientes diabéticos no Brasil. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 22, n. 4, p. 1216-1225, 2013.

NESPOLI, Grasielle. Biopolíticas da participação na saúde: o SUS e o Governo das Populações. In: GUIZARDI, Francini L.; NESPOLI, G.; CUNHA, M. L. (Org.). *Políticas de Participação e Saúde*. Rio de Janeiro: EPSJV; Recife: UFPE. 2014. p. 59-90.

SANTOS, Boaventura de Sousa. *A cruel pedagogia do vírus*. Coimbra, Portugal: Almedina. 2020.

SARDINHA PEIXOTO, Leticia *et al.* Educação permanente, continuada e em serviço: desvendando seus conceitos. *Revista Enfermaria Global*, n. 29, 2013.

STÉDILE, Nilva Lúcia Rech; TEIXEIRA, Nanci S. Educação permanente em saúde: do conceito ao cotidiano dos serviços de saúde. In: THOFERN, Maira Buss (org.). *Enfermagem: manual de gerenciamento*. Porto Alegre: Moria. 2016, p. 47-69.

VIANA, Marcelo Ferreira. *et al.* Processo de acreditação: uma análise de organizações hospitalares. *RAHIS - Revista de Administração Hospitalar e Inovação em Saúde*, n. 6, jul./dez. 2011.

VILLARDI, Marina Lemos; CYRINO, Eliana Goldfarb; BERBEL, Neusi Aparecida Navas. *A problematização em educação em saúde: percepções dos professores tutores e alunos*. São Paulo: Editora UNESP; Cultura Acadêmica. 2015. Disponível em: <<http://books.scielo.org>>. Acesso em: 5 fev. 2020.