

SABER, AGIR E EDUCAR: O ENSINO-APRENDIZAGEM EM SERVIÇOS DE SAÚDE

TO KNOW, ACT AND TEACH: LEARNING IN HEALTH SERVICES

Maria Alice Amorim GARCIA¹

RESUMO

Este artigo aborda a questão do processo ensino-aprendizagem em serviços de saúde. Com base na revisão de algumas teorias pedagógicas, procurou-se construir um referencial, que permitisse repensar aspectos do ensino experimentado através do trabalho cotidiano. É este trabalho, realizado nos serviços de saúde, que possibilita articular a educação a suas dimensões sociais, ideológicas e técnicas e, por outro lado, defini-lo não somente pelas necessidades dos profissionais, mas principalmente, como resposta à realidade do serviço e suas finalidades. A dialética entre a prática educacional e a atenção tem gerado correntes de pensamento inovadoras. De uma maneira geral, pode-se dizer que a educação em serviços ressalta o potencial educativo do trabalho cotidiano e orienta a aprendizagem enquanto um processo contínuo e de natureza participativa, possibilitando a articulação entre o fazer, o educar, o saber e o porquê o não fazer, o não educar e/ou o não saber. Enquanto um processo pedagógico que integra o individual, o grupal, o institucional e o social, como também, o cognitivo e o afetivo, orienta-se pelo compromisso com a transformação das práticas.

Palavras-chave: *ensino-aprendizagem, integração docente-assistencial, modelos tecnoassistenciais em saúde*

ABSTRACT

To act, to know and to educate: the teaching learning in health services. This article approaches the teaching learning in health services. Based on some pedagogic theoretical reviews it was intended to build a referential that would allow to rethink some aspects of the experimental learning in daily work. It is the kind of work done in health services that makes it possible to articulate education and its social, technical and ideological dimensions. On the other hand defines it only by needs of its professionals but mainly as an answer to the reality of the service and its purposes. The dialectic between the educational practice and attention has generated some innovative chains of thought.

⁽¹⁾ Profa Titular / Doutora do Departamento de Medicina Social e Preventiva da PUC-Campinas.

In general it can be said that education in services brings out the educative potential of the daily work and orientates learning as a continuous process with participate nature. It also allows the articulation among doing or not doing, educating, knowing and questioning. As well as define it as a pedagogic process that integrates the individual and the group, the institutional and the social and also the cognitive and the affective, oriented by the pledge to the practice changes.

Keywords: *teaching-learning, learning and health care services integration, education and health, care models in health services*

*Não me importa a palavra, esta corriqueira.
Quero é o esplêndido caos de onde emerge a sintaxe,
os sítios escuros onde nasce o 'de', o 'aliás',
o 'o', o porém' e o 'que', esta incompreensível
muleta que me apoia.
Quem entender a linguagem entende Deus
cujo Filho é Verbo. Morre quem entender.
A palavra é disfarce de uma coisa mais grave, surda-muda,
foi inventada para ser calada.
Em momentos de graça, infreqüentíssimos,
se poderá apanhá-la: um peixe vivo com a mão.
Puro susto e terror".*

Adélia Prado, *Poesia Reunida*

Introdução

Os estágios existentes nos cursos da área da saúde, geralmente concentrados no momento profissionalizante destes cursos, objetivam, através de atividades eminentemente práticas, a aplicação de conhecimentos adquiridos e a habilitação para o exercício profissional.

Em geral, realizam-se em serviços integrados ou pertencentes à rede pública, o que visa minimizar o distanciamento entre o ensino e a realidade social. Com esta integração busca-se formar profissionais com uma visão mais realística do mercado de trabalho e das necessidades sociais, o que nem sempre resulta, por motivos diversos e complexos. Entre estes motivos, destaca-se a inadequação dos serviços à docência e, muitas vezes, sua ineficiência em responder às diretrizes do Sistema Único de Saúde. Impõe-se também a não habilitação dos docentes para o fazer pedagógico em serviço.

Reproduzem-se na escola os fazeres do mercado: estratificado, hierarquizado, fragmentado, e que não responde às necessidades de saúde da população, de uma atenção integral e resolutive.

Assim, projetos pedagógicos que visem a mudança deste modelo de serviço e ensino, devem levar em consideração as questões que envolvem o processo ensino-aprendizagem, como os conteúdos e estratégias didáticas, e aquelas relacionadas ao modelo tecnoassistencial, como os conhecimentos, práticas e relações, que implicam num modo de intervir em saúde (um modo de trabalhar específico).

Através deste estudo, discuto alguns destes aspectos: do processo ensino-aprendizagem através da experimentação cotidiana do trabalho; dos modelos tecnoassistenciais em saúde; e finalmente do fazer pedagógico relacionado ao trabalho em saúde.

O processo ensino-aprendizagem com base no cotidiano

*"Tem mais presença em mim
o que me falta"*

Manoel de Barros, *Livro sobre nada*

O processo ensino-aprendizagem em serviços apresenta aspectos muito diferenciados daquele efetuado em salas de aula. Quanto às relações inscrevem-se além da docente-discente, as com os usuários e a equipe de trabalho. Quanto aos conteúdos, integram-se os de caráter tecnoinformativos às questões formativas éticas, morais, psicológicas, ligadas às relações sociais aí estabelecidas.

A aproximação ao cotidiano permite tornar a educação significativa. Através da vivência de situações, objetiva-se conjugar o processo indutivo de conhecimento, parco em generalizações, ao processo dedutivo, mediado por conceitos sistematizados em sistemas explicativos globais, organizados dentro de uma lógica socialmente construída e reconhecida como legítima.

Procura-se também, através do cotidiano, possibilitar o questionamento das práticas sociais e a instrumentalização para o conhecer e o agir. Utilizando a expressão de SAVIANI (1984) é a 'catarse' entre o conhecer e o agir que permite a efetiva incorporação dos instrumentos técnicos, culturais e éticos necessários para a intervenção competente. Pretende-se que a educação, como mediação na prática social, sirva de ponto de partida e de chegada do processo didático-pedagógico. As noções básicas relativas: à interação (ou à inter-subjetividade), à internalização e à mediação, advindas de leituras de Vygotsky, contribuem para a compreensão das peculiaridades da aprendizagem a partir do cotidiano.

Como analisa GÓES (1991), o educar, enquanto um processo sócio-cultural, alicerça-se no plano das interações, sendo o resultado da apropriação (internalização) de formas de

ação que dependem *"tanto de estratégias e conhecimentos dominados pelo sujeito quanto de ocorrências no contexto interativo"*.

Na ação, que apresenta-se inicialmente como externa ao sujeito, o homem transforma-se, podendo rever sua própria ação. Ou, como explica GÓES (1991): *"as funções psicológicas, que emergem e se consolidam no plano da ação entre sujeitos (na interação), tornam-se internalizadas, isto é, transformam-se para constituir o funcionamento interno. (...) esse plano interno, intra-subjetivo, não é um plano de consciência preexistente, (...) mas um modo de funcionamento que se cria com a internalização. Dessa maneira, longe se ser cópia do plano externo, resulta da apropriação dos planos de ação"*.

Vygotsky explica este processo através da noção de "zona de desenvolvimento proximal", que diz respeito às funções emergentes no sujeito, que crescem de modo partilhado, transformando-se em desenvolvimento consolidado, abrindo novas possibilidades de funções emergentes, potenciais (GÓES, 1991).

As experiências tornam-se significativas quanto maior o grau de generalidade, com base em duas dimensões: o espaço de abrangência de aplicação do conhecimento ao real (internalização) e o nível de sua independência em relação ao imediato-concreto e ao sensível, o quais permitem criar zonas de desenvolvimento proximal sucessivas (GÓES, 1991).

Assim, o educar, através do cotidiano, não se limita à absorção passiva de conhecimentos, mas à possibilidade do sujeito *"libertar-se do espaço e do tempo presentes, fazer relações mentais na ausência das próprias coisas, imaginar, fazer planos e ter intenções"*, transformar, realizar sínteses, tomar posse do fazer/conhecer (OLIVEIRA, 1995).

Conseqüentemente, o conhecimento não é a reprodução de ações externas, ou a cópia de objetos, não se dá de fora para dentro, mas na

interdependência dos planos inter e intra-psíquicos (GÓES, 1991).

Em relação à importância da intersubjetividade no processo ensino-aprendizagem, VALENTE (1993) aponta que o conhecer exige inicialmente um conhecimento interior, próprio. É necessário conhecer-se, para reconhecer, perceber o outro e então, nutrir-se.²

Para que esta vivência seja significativa fazem-se necessárias algumas mediações, sendo essencial o papel do docente. Cabe a este, a problematização do cotidiano (sua desconstrução e reconstrução) através do diálogo com o saber científico.. Através do "princípio dialógico"³ configura-se um processo de articulação que coloca em confronto múltiplas vozes historicamente definidas, produtoras daquele conhecimento (FONTANA, 1995).

Assim, exige-se do educador uma mudança do papel de informante, que mantém relações estritamente cognitivas com os conteúdos das disciplinas, para o de construtor de conhecimentos, o que requer o constante avaliar e reformular, em busca do significado do seu ser e do seu fazer (PIMENTEL, 1993).

Como refere GÓMEZ (1992), partir do cotidiano requer do professor o desenvolvimento de uma racionalidade prática, enquanto reflexão na ação e não uma racionalidade estritamente técnica. Poder-se-ia distinguir duas concepções da atividade de ensino: "*o professor como técnico-especialista que aplica com rigor as regras que derivam do conhecimento científico e o professor como prático autônomo, como artista que reflete, que toma decisões e que cria durante sua própria ação.*"

Nesta direção, Geraldi (1993) refere-se à metodologia de ensino "*como a produção criativa e idiossincrática que o professor produz ao articular suas visões de mundo, suas opções de*

vida, da história e do cotidiano (...) ao processo desencadeado nas aulas".

Fala-se, então, de um professor que encontra-se em construção, que revê a sua prática no dia-a-dia, a partir de seus conhecimentos, sua capacitação didática, da experiência com o trabalho, com o aluno, com a equipe, com os usuários.

Através da ação dialógica, caberia ao docente, a problematização do cotidiano, buscando seu sentido ético-social.

Como analisado por Paulo FREIRE (1983): "*a educação problematizadora, respondendo à essência do ser da consciência, que é sua intencionalidade (...) identifica-se com o próprio da consciência que é sempre ser consciência de, não apenas quando se intenciona a objetos, mas também quando se volta sobre si mesma (...) a consciência é consciência de consciência*". Assim, a Educação não pode ser um ato de transmitir, de depositar, mas um "ato cognoscente" entre sujeitos (educador e educando), numa relação dialógica, ou seja mediada pela palavra, pelas relações e pelos objetos cognoscíveis.

Tratando-se do conhecer através do cotidiano do trabalho em saúde, estes objetos cognoscíveis implicam em mediações ainda mais complexas pois incluem usuários, equipes e o próprio serviço.

Propondo-se à análise do processo de ensino-aprendizagem em serviços de saúde, a inferência aos objetos cognoscíveis traz outros referenciais explicativos como os relativos aos modelos tecnoassistenciais, ou seja, os modos específicos de agir/conhecer através do trabalho em saúde.

Modelos tecnoassistenciais em saúde

"Cuidar é mais do que um ato; é uma atitude. Portanto, abrange mais

⁽²⁾ Como veremos adiante *educare* do latim tinha originariamente o sentido de criar, nutrir, amamentar, cuidar.

⁽³⁾ Fontana (1995) refere-se ao "princípio dialógico" de Bakhtin, M. (Marxismo e Filosofia da Linguagem. São Paulo: Hucitec, 1986) que focaliza a palavra como múltipla e inter-individual, ela refere-se sempre a pelo menos dois sujeitos. Os sentidos (os significados) elaborados são em parte 'nossos', e em parte, do 'outro'.

que um **momento** de atenção, de zelo e de desvelo. Representa uma **atitude** de ocupação, preocupação, de responsabilização e de envolvimento afetivo com o outro. (...) é ainda algo mais (...) um modo-de-ser essencial (...) (que) revela de maneira concreta como é o ser humano.”

Leonardo Boff, *Saber cuidar*

Respondendo às necessidades sociais, os serviços de saúde articulam-se ao conjunto da divisão do trabalho, podendo assim ser analisado através de seus elementos básicos: os objetos, os instrumentos e as atividades (o trabalho propriamente dito); e os elementos de caráter específico, tais como: o conteúdo ético, as relações sociais e sua forma de organização (PAIM, 1993 e DONNANGELO, 1979).

De acordo com a especificidade destes elementos, conformam-se modelos tecnoassistenciais que correspondem às transformações historicamente verificadas nas ciências de base e em suas formas de aplicação às práticas de saúde, como também, às especificidades destas relações em situações particulares (GONÇALVES, 1994).

Distinguem-se, genericamente, dois grandes modelos: o da medicina individual e o da saúde coletiva. O primeiro, baseado fundamentalmente na clínica, volta-se ao indivíduo no sentido da cura. O outro, relacionado à saúde pública, tem o caráter predominantemente preventivo e volta-se à população ou a determinados grupos e baseia-se nos conhecimentos epidemiológicos, da higiene e das ciências sociais.

É o objeto, seja ele o corpo doente ou os condicionantes de situações individuais e coletivos, que define os instrumentos e as atividades apropriadas à resolução dos problemas apresentados.

Quanto ao conteúdo ético, o trabalho em saúde, ultrapassa as dimensões econômica e política pois, ao lidar com “as necessidades

sociais de saúde, este trabalho é integralmente ‘amalgamado’ com valores e com representações, que demandam uma abordagem educativa amplamente compreensiva que não dissocie os componentes técnico-instrumentais dos elementos ético-morais, políticos, comportamentais, etc” (PAIM, 1993).

Neste sentido, segundo PAIM (1993), no trabalho em saúde, as relações sociais encerram e reproduzem as contradições e possibilidades da totalidade social de que são parte. As práticas de saúde, como as práticas educativas, não são mero reflexo das práticas sociais, mas a constituem, reproduzem e transformam a totalidade social, participando da produção social.

Incorpora-se, assim, um outro elemento deste trabalho, qual seja, sua organização, pois as práticas em saúde exigem organizações complexas, instituições com uma certa lógica, com sujeitos em papéis mais ou menos definidos, com uma cultura, com um universo simbólico específico.

Na constituição deste universo simbólico, nas relações entre os sujeitos, perpassa uma educação informal, a qual institui modos de ser sujeito (profissional) e objeto (usuário). Qualquer intervenção em saúde, implica numa ação pedagógica.

Nos modelos referidos anteriormente, seja nas ações coletivas, como nas individuais, esta intervenção pedagógica é inerente, mas seu caráter pode se diferenciar.

Historicamente, esta intervenção, respondendo ao papel social das ações de saúde, tem sido de caráter predominantemente subordinador. Baseadas nas teorias que tomam a educação como instrumento de adaptação social, visam mudar comportamentos, crenças e atitudes, mantendo as pessoas no interior das normas estabelecidas (pela sociedade e pela ordem biomédica) (MELO, 1989).

Trata-se de um saber-fazer pedagógico que funciona também para a reprodução das

hierarquias. Através do discurso técnico, há a dominância do discurso médico entre os profissionais e a dominância dos profissionais sobre a população. Tem-se por projeto a “inculcação”, a formação de “boas consciências” em uma classe dita ignorante, passiva e deseducada (MELO, 1989).

Nestas relações, médicos e pacientes cumprem seus papéis: uns aprendem a cumprir o “papel daqueles que (supostamente) tudo sabem, ensinando aos que (supostamente) nada sabem”. No contraponto da submissão está a dominação e vice-versa.

Na revisão dos modelos tecnoassistenciais, que vem se processando nas duas últimas décadas, também se questiona este caráter subordinador das práticas de saúde.

Entre os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde se coloca a integralidade, que busca articular os dois modelos, as ações coletivas e individuais, curativas e preventivas, respondendo universalmente e resolutivamente às necessidades sociais em saúde.

CAMPOS (1991; 1992a e 1992b) fala da constituição de um “modo mutante” de fazer saúde baseado num agir-pensar coletivo voltado à *defesa da vida*.

GALLO e NASCIMENTO (1989) discutem a construção da consciência sanitária, também através de um agir-pensar coletivo, possível devido ao Movimento Sanitário enquanto espaço político e organizacional potencialmente moderno e democrático de luta pela cidadania.

Como analisado por LUZ (1988), para a constituição deste modelo se faria necessária a revisão da racionalidade científica moderna e a construção de um novo paradigma. Dever-se-ia reconstruir uma racionalidade que permitisse recompor as dualidades entre homem/natureza, social/individual, matéria/espírito, corpo/alma, organismo/mente, qualidade/quantidade, sujeito/objeto, reincorporando-se o conceito de saúde e o objetivo da cura.

Para NÁJERA (1991), seria um modelo que levasse em conta o direito do cidadão de

curar, de não sofrer dor, com qualidade e equidade, tendo acesso aos avanços tecnológicos, ao desenvolvimento de técnicas de intervenção e cura, devendo-se superar os limites positivistas da produção de saberes: a parcialização, a especialização e a biologização.

Ainda, em relação à superação dos limites do paradigma biomédico, CHAVES (1996) propõe um novo paradigma que possibilite “pensar holisticamente valorizando a liberdade individual e a visão abrangente da relação ser humano-natureza”, “um modelo bio-psico-sócio-cósmico” construído transdisciplinarmente que “nos leve ao *homo humanus*”.

Nos serviços de saúde, enquanto instituições hipercomplexas, segundo TESTA (1997), o trabalho vivo sobrepuja o trabalho morto, ou seja é o trabalho em si, concreto, contido nas pessoas (e não nas máquinas ou equipamentos) que define as finalidades (ou a motivação por que e para) da ação em saúde.

Na discussão do que seria este trabalho vivo e como se processaria, MERHY (1997) aponta como desafio central para a mudança deste modelo a “publicização” da direção deste sistema e a “coletivização” da gestão dos processos de trabalho. Esta publicização e coletivização implicam em modos como no dia-a-dia os trabalhadores de saúde e os usuários produzem-se mutuamente como uma “máquina” permanente de produção de “subjetividades”, de modos de sentir, de representar e vivenciar necessidades.

As relações entre profissionais e usuários, ou como denomina MERHY (1997), o espaço intercessor, permite e exige a captura de tecnologias leves (das relações) e não só aquelas estruturadas (as duras, que são as instrumentais, e as leveduras, que são os saberes estruturados). As necessidades de saúde são instituídas neste espaço de produção/consumo como um “bem”, cujo valor é inestimável pois busca restabelecer ou manter a vida. Respondendo a distintas

intencionalidades e desejos, estas necessidades apresentam formatos distintos, tanto como carência quanto como potência, e com distintas formas de resolvê-las. A captura destas tecnologias leves seriam pautadas pela ética do compromisso com a vida e expressas em atos como: a relação de acolhimento, a criação do vínculo, a produção de resolutividade, a criação de maior grau de autonomia no modo das pessoas andarem a vida.

Assim, é o espaço da intersubjetividade o possível de um modo mutante de fazer saúde, como também, um modo mutante de educar, os quais estão intrinsecamente relacionados.

A educação no trabalho em saúde

*"Para ter mais certeza tenho
que me saber de
imperfeições"*

Manoel de Barros, *Tudo sobre nada*

Podemos traçar várias relações entre o educar e o cuidar, entre os modelos educacionais e modelos tecnoassistenciais dos serviços de saúde.

Os termos terapia e educar se aproximam em sua origem etimológica.

Segundo Rubem ALVES (1993), "em grego *therapeutés* é um "serviçal" e o verbo *therapeuein* quer dizer "cuidar", "tomar conta", como se cuida de um jardim, como se cuida de uma criança".

Quanto ao educar, há o *educare* do latim que originariamente tinha o sentido de criar, nutrir, amamentar, cuidar, passando depois a significar educar, instruir, ensinar. Anote-se também o sentido apontado por VALENTE (1993) de *ex-ductere* (*educere*) que significa conduzir para fora, lançar, "tirar de dentro", mas também parir, produzir, criar. Tais significados parecem completar-se demonstrando, por um lado, que para educar seria necessário alimentar,

nutrir, como que indicando que aquele que está sendo educado nutre-se de conhecimentos. Por outro lado, demonstra-se que este processo deve partir de dentro, sendo necessário ter fome e demonstrá-la.

Assim, cabe ao terapeuta e ao educador cuidar procurando compartilhar, produzir, gerir.

Educar é cuidar e para cuidar se educa.

Tanto o ato de educar como o de curar representam um encontro, uma negociação um ato intercessor, intersubjetivo, que visa a internalização de um pensar e agir por parte dos sujeitos implicados nesta relação, que implica na captura de tecnologias leves, num trabalho vivo em ato.

Este ato, que visa cuidar /educar, é o ponto de partida e de chegada desta ação. Dele se parte a nele se constitui o produto, o cuidado e o aprendizado.

No cuidar também há uma interação (uma relação inter-subjetiva) que busca uma internalização de conhecimentos e intervenções mediadas através da palavra e de atitudes.

Como na criação de zonas de desenvolvimento proximais (Vygotsky), o ato intercessor entre profissionais e usuários e entre discente/usuário/docente, visa assimilar o que se passa no interior e na sua volta e elaborar soluções adequadas para cada problema novo que aparece.

A gestão feita pelo docente (equipe) deste ato cognoscente, objetiva capturar as tecnologias leves, o trabalho vivo em ato, em sua produção, o que implica num auto-governo, numa autonomia de cada um destes sujeitos (MERHY, 1997).

Assim, o processo ensino-aprendizagem em estágios que busque rever estes modelos, diferencia-se fundamentalmente da educação formal, dita escolarizada, pois a integração ensino/trabalho não se limita ao processo dado institucionalmente, mas se impõe no cotidiano, nas relações entre sujeitos e na comunicação/ interação de seus projetos.

Como referido por MELO (1989), a educação enquanto um processo “se realiza no interior das relações sociais, independentemente da consciência que dele se possa ter”; não se restringe à transmissão de saberes, mas coloca-se como mediação de projetos contraditórios em construção.

Há no mínimo o projeto institucional (do serviço), o projeto educativo (da escola), o do professor e o do próprio aluno, o que traz como questionamento qual seria o projeto a ser compartilhado; sob que prismas ele seria construído.

Como analisado por L'ABBATE (1997), é o próprio agir que configura a possibilidade desta construção. O agir competente implica em se ter profissionais e docentes que acreditem e apostem num determinado ideário, ou seja, se capacitem a *saber fazer bem* técnica e politicamente e sob a mediação da ética. *Um fazer bem* que não se confunde com o *fazer o bem ou ser bonzinho*, mas um fazer responsável, livre e compromissado, que caracteriza o fazer ético.⁴

Neste processo, “ao educador, ou ao profissional de saúde não basta *saber*, é preciso também *querer*, e não adianta *saber e querer*, se não se tem a percepção do *dever* e não se tem *poder* para acionar os mecanismos de transformação nos rumos da instituição. (...) *Só posso falar de compromisso, se menciono a adesão, a partir de uma escolha do sujeito, a uma certa maneira de agir, a um certo caminho para a ação. É para que esta adesão seja significativa que devem se conjugar a consciência, o saber, a vontade, que de nada valem sem a explicitação do dever e a presença do poder*” (L'ABBATE, 1997).

Tais questões reportam-se à problemática da dominação/submissão nas relações entre profissionais, docentes e alunos (ou entre sujeitos, de forma genérica), onde se incluem fatores psicológicos, culturais, sociais e político-ideológicos.

Neste sentido, referindo-se ao fazer pedagógico, Corinta GERALDI (1993) coloca a necessidade de se quebrar a linearidade do esquema “quem - ensina - o quê - para quem - onde”, que possibilitaria a produção de relações de múltiplas direções e sentidos.

Aplicando este esquema ao aprendizado em serviços, no ‘quem’ e no ‘para quem’ se ensinariam não só os docentes, como também os funcionários, os demais profissionais, os alunos e as pessoas em cuidado. No ‘o que’ se ensina se incluiriam os conhecimentos técnicos informativos, mas também e, principalmente, as habilidades técnicas, a interdisciplinaridade, o participar, o ser cidadão, o ser sujeito, ou seja, conteúdos técnicos, políticos e éticos. E no ‘onde’ entraria o cotidiano organizado como trabalho, respondendo às necessidades sociais de atendimento à problemas de saúde.

Como discutido por MELO (1989), neste agir-pensar coletivo se aplica a questão: ‘Quem educa quem?’ Professores educam alunos, profissionais e usuários; alunos educam usuários; usuários educam alunos; profissionais e equipes educam alunos e as situações educam a todos.

Conclui-se que a aproximação do mundo do estudo ao mundo do trabalho possibilita tornar o ensino problematizador e significativo (MACEDO, 1994 e GÓES, 1991).

É significativo aquilo que marca, que torna-se internalizado, que permite aproximar o que já se conhecia ao novo, permitindo a mudança.

Num serviço de saúde, o trefismo, o tocar serviço, quando não internalizados podem não mudar, pois se faz necessário a visualização de um devir de ser médico, ser de uma equipe, ser multiprofissional.

A significação tem um caráter individual e coletivo e depende de interesses, experiências anteriores e da própria consciência (FREIRE, 1993).

⁽⁴⁾ L'Abbate para esta análise recorre ao trabalho de Terezinha Azeredo Rios, *Ética e competência*, São Paulo: Cortez, 1993.

Assim, as mediações são essenciais: a estrutura dos serviços, a equipe, o docente, o grupo de alunos, as situações criadas. Só as vivências não são suficientes, mas também: os momentos de síntese; a correlação de conhecimentos práticos e teóricos; a problematização das situações; o habilitar o aluno para o problematizar (PINO, 1991).

Um sustentáculo fundamental deste modelo de ensino é o trabalho em equipe. Uma equipe interessada em 'fazer bem', com 'vontade e poder' realiza uma mediação fundamental no processo ensino-aprendizagem (L'ABBATE, 1995 e 1997).

Outro sustentáculo é o professor, do qual exige-se conhecer em profundidade e extensão, ter experiência, vontade e gosto por aquilo que se faz, como também saber educar: aproximar-se, ouvir, respeitar, interagir e, principalmente, dialogar (PIMENTEL, 1993 e GÓMEZ, 1992).

O tornar-se educador é uma construção, um conhecer, conhecer-se, conhecer o outro, rever, realizar, mudar. Para isto não basta o conhecimento livresco, técnico, mas a experiência, a vivência, a interação.

Importa a postura do professor como profissional, como membro de uma equipe, como pessoa e como docente. Como os pacientes, que precisam de um *therapeutés*, os alunos querem uma pessoa que realize o *educare*, no sentido do cuidar, nutrir.

Ao docente cabe atualizar-se, apropriar-se dos conteúdos e práticas que permitam ampliar a resolutividade dos problemas de saúde.

Ao aluno cabe, por sua vez a responsabilização por sua formação, sua capacitação para a busca autônoma de conhecimentos, para o reconhecimento dos limites e possibilidades pessoais.

Quanto às situações de aprendizagem, é o serviço em sua realização concreta que permite a demonstração de que o contexto sócio-

-econômico não é externo ou alheio à saúde ou à medicina (um envoltório como aparece nos esquemas) mas é intrínseco, mediador, inferente em todas as práticas. (PAIM, 1993 e OLIVEIRA, 1995).

O trabalho aí realizado tem um profundo compromisso no sentido ético com o seus objetos: os pacientes individuais ou as necessidades sociais de saúde (PAIM, 1993).

É este compromisso que nos remete à lembrança dos limites presentes nas estruturas de ensino e de assistência, às situações e contextos que determinam condições nem sempre favoráveis ao cumprimento das finalidades dos projetos destas instituições, mas que por sua vez, trazem novos desafios a ambos e à necessidade da construção de projetos compartilhados.

Lidar e problematizar o cotidiano do trabalho é um ato complexo e exige a revisão constante e interdisciplinar. É um tornar-se, um vir a ser constante, para os serviços, os profissionais, os docentes e os alunos.

É a interação no trabalho que possibilita este vir a ser, esta constituição de sujeitos autônomos, sujeitos de seus projetos, de suas ações e de seu pensar, conhecer e fazer.

Concluindo, através de Paulo FREIRE (1983): "*O diálogo é este encontro dos homens mediatizados pelo mundo, para pronunciá-lo (...) o diálogo se impõe como caminho pelo qual os homens ganham significado enquanto homens. (...) ele é o encontro onde se solidariza o refletir e o agir (...) Não é possível a pronúncia do mundo, que é um ato de criação e recriação, se não há amor que a infunda*".

Bibliografia

- ALVES, R. *Sobre o tempo e a eternidade*. 3. ed. Campinas: Papirus, 1993.
- CAMPOS, G.W.S. *A saúde pública e a defesa da vida*. São Paulo: Hucitec, 1991.

- CAMPOS, G.W.S. *Reforma da reforma*. São Paulo: Hucitec, 1992a.
- _____. Modelos de atenção em saúde pública: um modo mutante de fazer saúde. *Saúde em Debate*, n.37, p.16-19, 1992b.
- CHAVES, M.M. Educação das profissões da saúde: perspectiva para o século XXI. *Revista Brasileira de Educação Médica*, n. 20, v.1, p.21-8, jan./abr., 1996.
- DONNANGELO, M.C.F. & PEREIRA, L. *Saúde e Sociedade*. 2. ed. São Paulo: Duas Cidades, 1979.
- FONTANA, R.A.C. A elaboração conceitual: a dinâmica das interlocuções na sala de aula. In: GÓES, M.C.R. e SMOLKA, A.L. *A linguagem e o outro no espaço escolar: Vygotsky e a construção do conhecimento*, p. 121-52, Campinas: Papirus, 1991.
- FREIRE, P. *Pedagogia do oprimido*. 13. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1983.
- GALLO, E. & NASCIMENTO, P.C. Hegemonia, bloco histórico e movimento sanitário. In: FLEURY, S.M. (org.) *Reforma sanitária: em busca de uma teoria*. São Paulo: Cortez/ Rio de Janeiro: ABRASCO, 1989. p. 91-118.
- GERALDI, C.M.G. *A produção do ensino e pesquisa na educação: estudo sobre o trabalho docente no Curso de Pedagogia-FE/UNICAMP*. Tese (Doutorado). Faculdade de Educação, UNICAMP, Campinas, 1993.
- GÓES, M.C. A natureza social do desenvolvimento psicológico. *Caderno CEDES*, n.24. Pensamento e linguagem: estudos na perspectiva da psicologia soviética. São Paulo: Papirus, 1991. p.17-31.
- GÓMEZ, A.P. O pensamento prático do professor: a formação do professor como profissional reflexivo. In: NÓVOA, A. *Os professores e sua formação*. Lisboa: Instituto de Renovação Educacional, 1992. p. 95-113.
- GONÇALVES, R.B.M. *Tecnologia e organização das práticas de saúde: características tecnológicas do processo de trabalho na rede estadual de Centros de Saúde - SP*. São Paulo: Hucitec, 1994.
- L'ABBATE, S. Agentes de trabalho/sujeitos? Repensando a capacitação de recursos humanos em saúde Coletiva. In: CANESQUI, A.M. *Dilemas e desafios das ciências sociais na Saúde Coletiva*, p.151-61, São Paulo, Rio de Janeiro: Hucitec, ABRASCO, 1995.
- _____. Comunicação e educação: uma prática em saúde. In: MERHY, E.E. e ONOCKO, R. (orgs) *Agir em saúde: um desafio para o público*, p. 267-92, São Paulo: Hucitec, Buenos Aires: Lugar Ed., 1997.
- LUZ, M.T. *Natural, racional e social: razão medica e racionalidade científica moderna*. Rio de Janeiro: Campus, 1988.
- MACEDO, E.F. *Conhecimento cotidiano e currículo*. 1994 (mimeogr.).
- MELO, J.A.C.; RAMOS, C.L. & SOARES, J.C.R.S. Quem educa quem? Repensando a relação médico-paciente. In: COSTA, N.R. *Demandas populares, políticas públicas e saúde*. Vol.II, p.145-64, Petrópolis: Vozes, 1989.
- MERHY, E.E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde In: MERHY, E.E. & ONOCKO, R. (orgs) *Agir em saúde: um desafio para o público*. (p.71-112), São Paulo: Hucitec, Buenos Aires: Lugar Ed., 1997.
- NÁJERA, E. La salud pública, una teoría para una practica: se precisa su reconstrucción? In: *Situación e tendências da saúde pública na região das Américas*, p.123-32, Washington/EUA: OPAS, 1991.
- OLIVEIRA, M.K. *Vygotsky: aprendizado e desenvolvimento, um processo sócio-histórico*. 2. ed. São Paulo: Scipione, 1995.

- PAIM, J.S. Marco de referência para um programa de educação continuada em Saúde Coletiva. *Revista Brasileira de Educação Médica*, v.17, n.3, p. 1-44, set./dez.,1993.
- PIMENTEL, M.G. *O professor em construção*. Campinas, SP: Papirus, 1993.
- PINO, A. O conceito de mediação semiótica em Vygotsky e seu papel na explicação do psiquismo humano. *Caderno CEDES*, n.24. Pensamento e linguagem: estudos na perspectiva da psicologia soviética, p.32-43, São Paulo: Papirus, 1991.
- SAVIANI, D. *Escola e democracia*. Coleção polêmicas do nosso tempo. 3. ed. São Paulo: Cortez, 1984.
- TESTA, M. Análisis de instituciones hipercomplejas. In: MERHY, E.E. & ONOCKO, R. (orgs) *Agir em saúde: um desafio para o público*, p.17-70, São Paulo: Hucitec, Buenos Aires: Lugar Ed., 1997.
- VALENTE, J.P. Resgatando sentidos. In: MELO, J. A.C. (org.) *Educação: razão e paixão*. Rio de Janeiro: ENSP, 1993.