

Saber, agir e educar: o ensino-aprendizagem em serviços de Saúde

Maria Alice Amorim Garcia¹

GARCIA, M. A. A. Knowledge, action and education: teaching and learning at healthcare centers. *Interface _ Comunic, Saúde, Educ*, v.5, n.8, p.89-100, 2001.

This article approaches the teaching-learning process in healthcare services, especially in those that are integrated with the Public Health Care System. Based on rethinking certain pedagogical theories, the author attempts to build a frame of reference that would allow rethinking about certain aspects of teaching experienced in day-to-day work. It is the kind of work carried out at healthcare services that enables the articulation of education and of its social, technical and ideological dimensions while, on the other hand, defining it not only through the needs of its professionals but mainly as a response to the reality and purposes that guide the institutionalization of the Brazilian healthcare system. The dialectics of educational practice and healthcare have given rise to innovative chains of thought and action. In general terms, it can be said that education in services brings out the educational potential of day-to-day work and guides learning as an ongoing process of a participative nature. It also allows the articulation of doing, educating, and knowing, and the reasons behind not doing, not educating and/or not knowing. As a pedagogical process that integrates the individual and the group, the institutional and the social, as well as the cognitive and the affective, it can be led by the commitment to transform practices, which is indispensable in order to render effective everything that is intended as part of a Healthcare Reform designed to defend life.

KEYWORDS: learning; teaching; professional practice; healthcare education; healthcare services.

Este artigo aborda a questão do processo ensino-aprendizagem em serviços de saúde, em especial os integrados à rede pública. Repensando algumas teorias pedagógicas, discute aspectos do ensino experimentado no trabalho cotidiano. O trabalho realizado nestes serviços possibilita articular a educação a suas dimensões sociais, ideológicas e técnicas e definir não somente pelas necessidades dos profissionais, mas como resposta à realidade e às finalidades que orientam a institucionalização do sistema de saúde brasileiro. A dialética entre a prática educacional e o cuidado em saúde tem gerado correntes de pensamento e de ação inovadoras, podendo-se dizer que a educação em serviços ressalta o potencial pedagógico do trabalho cotidiano, orienta a aprendizagem enquanto um processo contínuo e de natureza participativa e possibilita a articulação entre o fazer, o educar, o saber. Por integrar o individual, o grupal, o institucional e o social, o cognitivo e o afetivo, esse processo pedagógico pode representar um espaço comprometido com a transformação das práticas, necessária à efetivação de uma Reforma Sanitária em defesa da vida.

PALAVRAS-CHAVE: aprendizagem; ensino; prática profissional. educação em saúde; serviços de saúde.

¹ Professora do Departamento de Medicina Social e Preventiva, Faculdade de Ciências Médicas, Pontifícia Universidade Católica de Campinas. <millas@lexxa.com.br>

Introdução

Os estágios existentes nos cursos da área da saúde (Enfermagem, Medicina, Fisioterapia, Nutrição, Farmácia, Terapia Ocupacional, entre outros), geralmente concentrados no momento profissionalizante destes cursos, objetivam, por meio de atividades eminentemente práticas, a aplicação de conhecimentos adquiridos e a habilitação para o exercício profissional.

Realizam-se, em sua maior parte, 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 acontece, por motivos diversos e complexos. Entre estes, destaca-se a inadequação dos serviços à docência e, muitas vezes, sua ineficiência em responder às diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS). 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 resolutiva, como intenciona a Reforma Sanitária brasileira e sua regulamentação pelo SUS.

Assim, projetos pedagógicos que visem responder às diretrizes e princípios do sistema e transformar este modelo de ensino, devem levar em consideração as questões que envolvem o processo ensino-aprendizagem, como os conteúdos e as estratégias didáticas, e aquelas relacionadas ao modelo tecnoassistencial, como conhecimentos, práticas e relações, que implicam num modo de intervir em saúde (um modo de trabalhar específico).

Neste estudo discuto alguns destes aspectos: do processo ensino-aprendizagem, pela 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 na problematização do cotidiano

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 técnico-informativos às questões formativas éticas, morais, psicológicas, ligadas às relações sociais aí estabelecidas.

A aproximação ao cotidiano pode permitir tornar a educação significativa. Pela 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 numa lógica socialmente construída e reconhecida como legítima.

Procura-se também, pelo 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 estudos que se baseiam nas obras de Vygotsky (1984), contribuem para a compreensão das peculiaridades da aprendizagem a partir do cotidiano.

Como analisa Góes (1991), o educar, enquanto processo sociocultural, 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” (p.18). Na ação, que se apresenta inicialmente como externa ao sujeito, o homem transforma-se, podendo rever seu próprio agir.

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 de ser cópia do plano externo, resulta da apropriação dos planos de ação. (Góes, 1992, p.18)

Vygotsky (1984) explica este processo por meio da noção de “zona de desenvolvimento proximal”, referindo-se às funções emergentes no sujeito que crescem de modo partilhado, transformando-se em desenvolvimento consolidado, abrindo novas possibilidades de funções emergentes, potenciais.

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, os quais permitem criar zonas de desenvolvimento proximal sucessivas (Góes, 1991).

Assim, o educar, pelo cotidiano, não se limita à absorção passiva de conhecimentos, mas à possibilidade de o 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, p.35).

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-se².

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) pelo diálogo com o saber científico. Pelo “princípio dialógico”³ configura-se um processo de articulação que coloca em confronto múltiplas vozes

² Como será visto adiante *educare* do latim tinha originariamente o sentido de criar, nutrir, amamentar, cuidar.

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 e estimulador da produção dos próprios alunos. Esse professor necessita realizar opções sucessivas, posicionamentos perante a vida e o mundo que se refletem nos conceitos de conhecimento, ciência, ensino e fazer profissional. Sua trajetória é de um constante avaliar e reformular, de inferência intencional nas circunstâncias socioculturais e condições pessoais. Não basta o domínio do conhecimento amplo e atualizado, mas faz-se necessário o conhecimento da produção do conhecimento e o conhecimento do que é ensinar (Pimentel, 1993).

Como habilidades, esse docente deve aprender a correr riscos, ter tolerância para com a ambigüidade, estabelecer relações amplas em sínteses provisórias, que reúnam um número muito grande de fatos da realidade, conceitos, aspectos objetivos e subjetivos, informações reais e imagens (representações simbólicas que também na saúde são essenciais). Deve ser capaz de inovar e criar e de romper com os limites estabelecidos (Pimentel, 1993). Necessita rever sua prática no dia-a-dia, a partir de seus conhecimentos, de sua capacitação didática, da experiência com o trabalho, com o aluno, com a equipe, com os usuários.

Trata-se, segundo Pimentel (1993), de um professor em construção, que busca constantemente o significado do seu ser e do seu fazer.

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”* (p.96).

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”* (p.10).

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

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.

(Paulo Freire, 1983, p.77)

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.

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’.

Tratando-se do conhecer pelo cotidiano do trabalho em saúde, esses objetos cognoscíveis implicam 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 referências explicativas como os relativos aos modelos tecnoassistenciais, ou seja, os modos específicos de agir/conhecer por meio do trabalho em saúde.

A constituição dos modelos tecnoassistenciais em saúde

Respondendo às necessidades sociais, os serviços de saúde articulam-se ao conjunto da divisão do trabalho podendo, assim, ser analisados por meio 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; 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 tecnoassistenciais: 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.

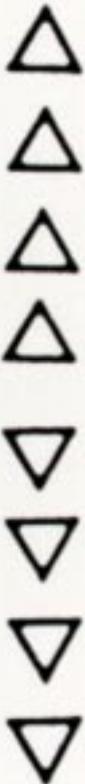
É o objeto, seja ele o corpo doente ou os condicionantes de situações individuais e coletivos, que define os instrumentos e as atividades apropriadas à resolução dos problemas apresentados.

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, p.9)

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 e um universo simbólico específico (Paim, 1993).

Na constituição deste universo simbólico e nas relações entre os sujeitos, perpassa uma educação informal que institui modos de ser sujeito (profissional) e objeto (usuário). Qualquer intervenção em saúde implica uma 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. Baseada nas teorias que tomam a educação como instrumento de adaptação social, visa 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. Pelo 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).

Nessas relações, médicos e pacientes cumprem seus papéis: uns aprendem a cumprir o “*papel daqueles que (supostamente) tudo sabem, ensinando aos que (supostamente) nada sabem*” (Mello, 1989, p.160). No contraponto da submissão está a dominação e vice-versa (Melo, 1989).

As possibilidades de mudanças dos modelos tecnoassistenciais

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

Entre os princípios do Sistema Único de Saúde colocam-se o da 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; 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 por meio 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 far-se-ia 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*” (p.26).

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 quê e para quê) 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 do modelo, a “publicização” da direção deste sistema e a “coletivização” da gestão dos processos de trabalho. Esta publicização e coletivização implicam os 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 interseção, 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 seria pautada pela ética do compromisso com a vida e expressa em atos como: a relação de acolhimento, a criação do vínculo, a produção de resolutividade, a criação de maior grau de autonomia no modo de as pessoas encaminharem a vida.

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

A educação no trabalho em saúde

Pode-se 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 aproximam-se 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, 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 interseçor, intersubjetivo, que visa à 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.

O ato visado por cuidar/educar é o ponto de partida e de chegada desta ação. Dele se parte; e 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 pela palavra e por atitudes.

Como na criação de zonas de desenvolvimento proximais (Vygotsky, 1984), o ato interseçor entre profissionais e usuários e entre discente/ usuário/docente, visa a assimilar o que se passa no interior e a sua volta e elaborar soluções adequadas para cada problema novo que aparece.

A gestão deste ato cognoscente, feita pelo docente (equipe), objetiva capturar as tecnologias leves, o trabalho vivo em ato, em sua produção, o que implica um auto-governo, a autonomia de cada um desses 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 processo “se realiza no interior das relações sociais, independentemente da consciência que dele se possa ter” (p.150); 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 ter profissionais e docentes que acreditem e apostem num determinado ideário, ou seja, capacitem-se 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 ético⁴.

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.



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



(...) 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, p.275)

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

Referindo-se ao fazer pedagógico, 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 ensinariam 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 a 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 pode tornar o ensino problematizador e significativo (Macedo, 1994; Góes, 1991).

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

Num serviço de saúde, o tarefismo, o tocar serviço, quando não internalizados, pode não mudar, pois faz-se necessária a visualização de um dever ser de médico, de uma equipe, do ser multiprofissional.

A significação tem um caráter individual e coletivo e depende de interesses, experiências anteriores e da própria consciência (Freire, 1983). 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; 1997). Outro sustentáculo é o educador, do qual se exige conhecer em profundidade e extensão, ter experiência, vontade e gosto por aquilo que faz, como também saber educar: aproximar-se, ouvir, respeitar, interagir e, principalmente, dialogar (Pimentel, 1993; 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 educador 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 a situações de aprendizagem, é o serviço em sua realização concreta que pode permitir 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; Oliveira, 1995).

Nesses serviços de saúde apresentam-se as contradições entre as necessidades em saúde (o sofrimento individual, as situações e os condicionantes coletivos) e os limites e possibilidades tecnológicos de resposta e resolução dessas problemáticas. O trabalho aí realizado tem um profundo compromisso no sentido ético com seus objetos (Paim, 1993).

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

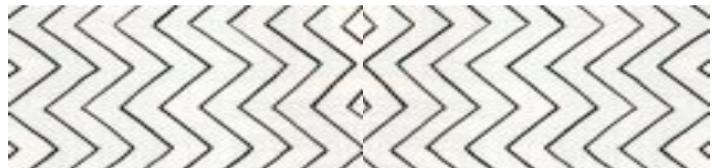
O diálogo é este encontro dos homens mediatizados pelo mundo, para pronunciá-lo (...) o diálogo se impõe como caminho pelo qual os homens ganham significado enquanto homens (...) ele é o encontro onde se solidariza o refletir e o agir (...). Não é possível a pronúncia do mundo, que é um ato de criação e recriação, se não há amor que a infunda. (Paulo Freire, 1983, p. 93)

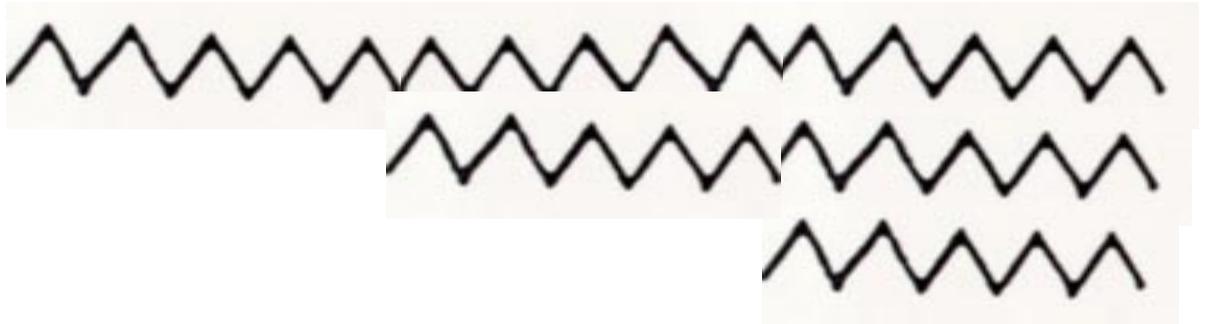
Referências bibliográficas

- ALVES, R. **Sobre o tempo e a eternidade**. 3 ed. Campinas: Papirus, 1993.
- BOFF, L. **Saber cuidar: ética do humano - compaixão pela terra**. Petrópolis: Vozes, 1999.
- 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.
- CAMPOS, G. W. S. Modelos de atenção em saúde pública: um modo mutante de fazer saúde. **Saúde em Debate**, v.37, p.16-9, 1992b.



- CHAVES, M. M. Educação das profissões da saúde: perspectiva para o século XXI. **Rev. Bras. Educ. Méd.**, v.20, p.21-8, 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., SMOLKA, A. L. **A linguagem e o outro no espaço escolar: Vygotsky e a construção do conhecimento**. Campinas: Papirus, 1991. p.121-52.
- 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, 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**. Campinas, 1993. Tese (Doutorado). Faculdade de Educação, Universidade de Campinas.
- GÓES, M. C. A natureza social do desenvolvimento psicológico. **Caderno CEDES**, n.24, p.17-31, 1991.
- 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**. São Paulo: Hucitec, 1995. p.151-61.
- L'ABBATE, S. Comunicação e educação: uma prática em saúde. In: MERHY, E. E., ONOCKO, R. (Orgs) **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 1997. p.267-92.
- LUZ, M. T. **Natural, racional e social: razão médica 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**. Petrópolis: Vozes, 1989. p.45-64.
- 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**. São Paulo: Hucitec, 1997. p.71-112.
- NÁJERA, E. La salud publica, una teoría para una practica: se precisa su reconstruccion? In: **Situación e tendências da saúde pública na região das Américas**. Washington (EUA): OPAS, 1991. p.123-32.
- 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. **Rev. Bras. Educ. Méd.**, v.17, p.1-44, 1993.
- PIMENTEL, M. G. **O professor em construção**. Campinas: Papirus, 1993.
- PINO, A. O conceito de mediação semiótica em Vigotsky e seu papel na explicação do psiquismo humano. **Caderno CEDES**, n.24, p.32-43, 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**. São Paulo: Hucitec, 1997. p.17-70.
- VALENTE, J. P. Resgatando sentidos. In: MELO, J. A. C. (Org.) **Educação: razão e paixão**. Rio de Janeiro: ENSP, 1993, p.99-108.
- VYGOTSKY, L. S. **A formação social da mente**. São Paulo: Martins Fontes, 1984.





GARCIA, M. A. A. Saber, actuar y educar: la enseñanza-aprendizaje en servicios de salud. *Interface _ Comunic, Saúde, Educ*, v.5, n.8, p.89-100, 2001.

Este artículo aborda las estrategias de enseñanza-aprendizaje en servicios de salud, especialmente los integrados al sistema de asistencia pública. A partir de una revisión de algunas teorías pedagógicas, se intentó construir un referencial que permita reconsiderar aspectos de la enseñanza puestos en práctica en el trabajo cotidiano. El trabajo realizado en tales servicios es lo que posibilita articular la educación a sus dimensiones sociales, ideológicas y técnicas y, por otro lado, definirlo no sólo por las necesidades de los profesionales sino principalmente como respuesta a la realidad y a las finalidades que orientan la institucionalización del sistema de salud brasileño. La dialéctica entre la práctica educacional y el cuidado en salud ha producido corrientes de pensamiento y de acción innovadoras. De una manera general se puede decir que la educación en servicios resalta el potencial pedagógico del trabajo cotidiano y orienta el aprendizaje como un proceso continuo y de naturaleza participativa, posibilitando la articulación entre el hacer, el educar, el saber y el porque de no hacer, de no educar y o de no saber. Mientras un proceso pedagógico que integra lo individual, lo grupal, lo institucional y lo social, como también lo cognitivo y lo afectivo puede orientarse por el compromiso con la transformación de las prácticas, esencial para la efectivación de lo que se intenta como una Reforma Sanitaria en defensa de la vida.

PALABRAS CLAVE: aprendizaje; enseñanza; práctica profesional; educación en salud; servicios de salud.

Recebido para publicação em: 17/05/00. Aprovado para publicação em: 12/09/00.