

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE - UFRN
ESCOLA DE SAÚDE - ESUFRN
SECRETARIA DE EDUCAÇÃO À DISTÂNCIA – SEDIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO DE PRECEPTORIA EM SAÚDE

**A EDUCAÇÃO EM SAÚDE ALIADO À METODOLOGIA DE
ESTADIAMENTO COMO ESTRATÉGIA DE INTERVENÇÃO DA
PRECEPTORIA EM ENFERMAGEM NA ATENÇÃO INTENSIVISTA
CARDIOVASCULAR**

GÍSIA TEODORO BRAGA

BELO HORIZONTE/ MG

2020

GÍSIA TEODORO BRAGA

**A EDUCAÇÃO EM SAÚDE ALIADO À METODOLOGIA DE
ESTADIAMENTO COMO ESTRATÉGIA DE INTERVENÇÃO DA
PRECEPTORIA EM ENFERMAGEM NA ATENÇÃO INTENSIVISTA
CARDIOVASCULAR**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Curso de Especialização
de Preceptoria em Saúde, como requisito
final para obtenção do título de
Especialista em Preceptoria em Saúde.

Orientador(a): Prof (a). Rosires Magali
Bezerra de Barros

BELO HORIZONTE/MG

2020

RESUMO

Introdução: Até a década 70 imperava no Brasil um modelo em saúde hospitalocêntrico-médico-curativista. Com evolução da concepção saúde, um novo conceito multicausal de promoção à saúde firmou-se. Novos tempos exigiram novos perfis profissionais. A educação em saúde embutiu-se do desafio em gerar metodologias ativas. **Objetivo:** Presente estudo foi desenvolvido na UCO/HC-UFMG objetivando propor estratégias de ensino no ambiente intensivista. **Metodologia:** Trata-se de projeto de intervenção plano preceptoria envolvendo introdução de tecnologias/ metodologias assistenciais por estadiamento, "steps". O processo consiste avaliação do desenvolvimento de habilidades/ competências pelos residentes enfermeiros. **Considerações finais:** Conclui-se que envolver educandos e educadores agrega valor à formação humana e permite exercício da superação dicotômica entre práticas assistenciais-curativistas/ práticas educativas.

Palavras-chave: *Educação em saúde; Promoção da Saúde; Preceptoria*

1 INTRODUÇÃO

O termo educar é de origem latina e significa conduzir algo ou alguém para além do lugar que este ocupa. Esta palavra assume a significação de colocar-se para fora, ir além da posição existencial humana ou da presença materializada do objeto (CADETE; VILLA, 2000, p. 380).

Sob a abordagem de Paulo Freire, um dos pilares filosóficos e ideológicos no estudo da educação, o processo educativo resulta em um esforço permanente do ser humano na busca pelo aprimoramento pessoal e da construção do próprio saber. Neste prisma, pode-se entender a ação educativa como uma instância de produção de sujeitos e de identidades sociais submersos em uma cultura (CADETE; VILLA, 2000, p. 380). Cada escolha que o sujeito realiza neste contexto, torna-se um emblema de sua identidade e sua ação pode transformar a realidade local, levando o saber do universo da individualidade para a coletividade, do micro conceito ao macro (MEYER; MELLO; VALADÃO, 2006, p. 1335).

A função do educador na relação de ensino-aprendizagem habita na ocupação de facilitar o saber e de levar o indivíduo à reflexão crítica sobre sua realidade concreta, habilitando-o a transformá-la a partir de uma ação consciente. A ação educativa exercida por esse educador deve permitir ao homem desenvolver-se e capacitar-se para interagir consigo mesmo e com o ambiente exterior, possibilitando-o recompor de

maneira crítica e reflexiva o meio em que ele se insere (CADETE; VILLA, 2000, p. 380; MIRANDA; BARROSO, 2004, p. 631).

Até meados da década de 70 imperava no Brasil no campo epistemológico da saúde, um modelo médico-assistencial privatista de cunho curativo hospitalocêntrico e de baixa resolutividade (WENDHAUSEN; SAUPE, 2003, p. 17). Ele se instaurou mediante o processo histórico de industrialização a que o país se remetia, que concitava atuar sobre a função biológica do trabalhador e sua capacidade laboral. Ditava, enquanto objeto de suas ações, a doença e o indivíduo portador de algum processo patológico, representando uma visão verticalizada e unidirecional da saúde que gerava a dicotomia entre práticas assistenciais curativistas e atividades preventivas (TEIXEIRA; PAIM; VILASBOAS, 1998, p. 8).

Este modelo não respondia suficientemente aos anseios de produção científica e desenvolvimento sócio-econômico que os movimentos sociais em suas dimensões político-ideológica e tecnológica almejavam, além de não gerar mudanças significativas nos padrões de saúde e qualidade de vida (MENDES, 1996). Muitos modelos de educação formal em saúde herdaram deste modelo características e elementos que até hoje são identificados na práxis dos serviços em saúde. Um exemplo enraizado em premissas biológicas unilaterais não dinâmicas e que em pouco se adaptam á forte tendência da cultura de qualidade em saúde.

Com a evolução nas políticas públicas de atenção à saúde através do movimento pela Reforma Sanitária, um novo conceito de saúde fundamentado em uma relação de multicausalidade encontrou sustentação no cenário brasileiro. A saúde passou a ser interpretada como o produto de uma inter-relação subjetiva de fatores físicos, culturais, ambientais, socioeconômicos e de uma consciência sanitária (MEYER; MELLO; VALADÃO, 2006, p. 1335; OLIVEIRA, 2005, p. 423; MACHADO, 2007; DILLY, 1995). Criou-se, então, espaço para um novo paradigma no âmbito da saúde: a abordagem da dimensão de qualidade em saúde pela ótica da promoção á saúde.

Paralelamente, novos tempos exigiram a formação de um profissional habilitado técnico e cientificamente e que agregasse qualidades de ampla percepção da realidade social á capacidade de responder substantivamente aos preceitos estabelecidos pelas políticas públicas de saúde adotadas no país (SILVA; EGRY, 2003, p. 11). A este

profissional foi imperativo interpretar o ser humano em sua multidimensionalidade e compreender a multicausalidade do processo de saúde-doença (OLIVEIRA, 2005, p. 423).

Neste contexto, a educação em saúde tornou-se o espaço primordial para a programação e implementação das práticas que almejavam o desenvolvimento humano, a melhoria da qualidade de vida, a autonomia e a promoção do homem (MACHADO, 2007).

Por educação em saúde entende-se um conjunto de ações e práticas desenvolvidas no nível das relações sociais com o intuito de desenvolver e capacitar indivíduos para interagirem com eles mesmos e com o mundo dentro das estâncias física, emocional e intelectual (MACHADO, 2007).

Esse processo de transformação cultural e histórico dos modelos de atenção à saúde aliado ao metamorfismo da educação em saúde, levou os novos profissionais da saúde a se qualificarem técnico e cientificamente e a buscarem novos campos de formação profissional. Em nosso meio, os enfermeiros residentes do programa de Residência Multiprofissional em Cardiologia do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais- HC UFMG buscam aliar horas dedicadas ao estudo teórico de sua grade curricular às horas de desenvolvimento de atividades práticas á beira leito. Eles integram a equipe assistencial na Unidade Coronariana, UCo, do Hospital Universitário, atuando de maneira participativa com os enfermeiros e técnicos de enfermagem da unidade.

Na referida unidade o modelo assistencial adotado prevê a presença de enfermeiros especialistas das áreas de Cardiologia e Terapia Intensiva somado aos enfermeiros generalistas e aos técnicos de enfermagem em um formato misto de cuidado em saúde. Ambas as categorias profissionais compartilham a assistência direta aos pacientes de cuidados críticos cardiovasculares. Os residentes em enfermagem exercem sua carga horária semanal de 60H migrando pelos setores hospitalares que compõem a linha de atenção cardiovascular. Passam pela Unidade Coronariana como por outras unidades do complexo hospitalar e ambulatorial que integra o Hospital das Clínicas da UFMG. E em sua estadia na UCo são assistidos por toda equipe

multidisciplinar mas acompanhados de forma mais particular por um grupo seletivo de enfermeiros pós graduandos da especialização de Preceptoria em Saúde.

A função de educação em saúde é exercida em todo o tempo pelo enfermeiro e permeia o exercício laboral de cada profissional da saúde. Assim compreendido, o papel de educador é inerente à práxis do profissional da saúde e, de maneira mais íntima, do profissional da enfermagem.

Dentro desta relação conceitual, o profissional de enfermagem é reconhecido como elemento facilitador do processo coletivo de educação em saúde devido sua posição privilegiada de integração com a população e com a equipe multidisciplinar além de sua inserção na tríade promoção, vigilância e prevenção à saúde e a concretude na relação interpessoal paciente-cuidador/ educando- educador (CADETE; VILLA, 2000, p. 380). Ele é agente co-responsável pelo processo de educação em saúde promovido aos residentes da enfermagem e ao público a quem assiste (pacientes, familiares e visitantes).

Ademais, o papel do enfermeiro assistencial em uma unidade de terapia intensiva cardiológica é revestido de alta complexidade e cientificidade. Ele exige conhecimento teórico e prático e um saber crítico reflexivo ininterrupto, além de qualidades como empatia, bom relacionamento interpessoal e habilidades de gestão de conflitos e governabilidade do tempo. Desempenhar um serviço de alta qualidade e complexidade técnico-científica enquanto assiste aos pacientes críticos e exerce seu papel de preceptoria aos residentes de enfermagem cardiovascular, é um desafio diário que exige dos profissionais preceptores uma flexibilidade e o compromisso irrestrito com a formação de indivíduos responsáveis por mudanças sócio-políticas para além do âmbito da saúde (QUEIROZ; JORGE, 2006, p. 117).

Superar a dicotomia das ações do modelo biomédico e empregar os princípios da educação ativa, de maneira a envolver os residentes, educá-los, capacitá-los, gerar autonomia e executar práticas compromissadas com a consciência crítica do aprendiz, é o desafio que se estabelece constantemente para os enfermeiros preceptores de nosso núcleo de trabalho na unidade. Tal ação permitirá o desenvolvimento da enfermagem enquanto ciência do saber e o aprimoramento das práticas de trabalho na UCO. E promover essas práticas enquanto desempenha a assistência direta de enfermagem no

ambiente da terapia intensiva torna-se um exercício dinâmico que requer envolvimento e corresponsabilidade com a formação técnica e científica destes novos profissionais residentes.

2 OBJETIVO

Assim, este trabalho foi desenvolvido com o objetivo de propor estratégias de ensino ativas que sejam aplicáveis ao cenário da terapia intensiva cardiovascular na Unidade Coronariana do HC-UFMG e que ultrapassem a abordagem estritamente biomédica empregada nas instituições de saúde.

Propõe-se a criação de um modelo de trabalho de educação ativa que empregue a metodologia de aprendizagem por "steps". E pretende-se compreender como a prática educativa exercida pelo enfermeiro preceptor em saúde se viabiliza frente à conduta dos residentes em enfermagem sob formação e de que maneira ela pode superar a dimensão setorial do modelo médico curativista, alcançando os ideais incipientes de promoção à saúde de maneira mais integrativa sob um modelo de educação ativa em saúde.

3 METODOLOGIA

3.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um projeto de intervenção do tipo plano de preceptoria a ser desenvolvido em uma unidade de cuidados críticos especializada em cardiologia intensiva de um hospital público universitário de grande porte localizado na cidade de Belo Horizonte, Minas Gerais e inserido na rede de hospitais EBSERH.

3.2 LOCAL DO ESTUDO / PÚBLICO-ALVO / EQUIPE EXECUTORA

A unidade é referência à alta complexidade em saúde da atenção quaternária e recebe profissionais e estudantes dos cursos de especialização e residência nas áreas cardiológica e intensivista, além de alunos do currículo básico da graduação multiprofissional. É composta por 18 leitos credenciados como de terapia intensiva e recebe pacientes do SUS da rede de atenção à saúde na hiper região de Belo Horizonte e na região metropolitana. É uma unidade transplantadora, credenciada pelo Ministério da Saúde para transplante de fígado, medula óssea, rins e coração e de referência ao adulto

com síndrome coronariana aguda cumprindo o protocolo institucional de dor torácica aguda.

Na unidade coronariana do HC-UFMG existem profissionais especialistas e generalistas que acompanham os diversos alunos da área da saúde que ali exercem o processo de ensino/ aprendizagem. Pelo caráter missionário de formação científica do hospital, a função de preceptoria permeia todo processo laboral dos profissionais na instituição e ocupa papel participativo em relação às funções assistenciais, quer sejam especialistas em preceptoria ou não.

O grupo ao qual o trabalho realiza menção é constituído por 18 enfermeiros, ditos preceptores, discentes do curso de especialização em Preceptoria em Saúde, oferecido pela Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares- EBSEH em parceria com a Universidade Federal do Rio Grande do Norte. E os residentes são alunos regulares do Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde, na linha de cuidados cardiovascular oferecido pelo Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais.

3.3 ELEMENTOS DO PLANO DE PRECEPTORIA

Para sistematizar a acolhida e o processo educativo dos residentes na unidade foi pensado um plano de preceptoria que envolve a introdução de tecnologias e práticas assistenciais por estadiamento, conhecidos por "steps". Em cada "step" o residente é apresentado á determinadas funções e atividades que devem ser cumpridas dentro de períodos temporais previamente estabelecidos e com níveis ascendentes de complexidade e completude.

Ao final de cada "step" os residentes são avaliados pelos preceptores quanto ao cumprimento ou não das tarefas que cada "step" deve conter. E para evoluir á um nível superior em seu plano avaliativo, o residente necessita ser apresentado às tarefas que o "step" anterior continha, de maneira a permitir um aprendizado mais rico e integrativo, além de impedir lapsos na ação educativa.

Sistematicamente são realizadas aulas dinâmicas sobre temas relevantes da unidade. Conteúdos que expressem maior fragilidade da equipe ou que tratem da práxis dos profissionais no contexto intensivista são debatidos e discutidos em grupos

dinâmicos. Algumas metodologias ativas são empregadas como jogos, leitura de artigos e discussões, debates de casos clínicos e elaboração de protocolos compartilhados para unidade. Ambos residentes e preceptores são responsáveis pelo desenvolvimento periódico das aulas e toda comunidade acadêmica hospitalar é convidada a participar, embora seja uma iniciativa realizada restritamente em nossa unidade cardiovascular.

Nestes encontros o esforço para apresentações mais robustas e que excedam os limites do modelo estritamente biomédico em sua abordagem exclusivamente clínica são amplamente discutidos. O reconhecimento por parte dos enfermeiros da permanência de ações unidirecionais e descendentes de poder, além da coexistência de prescrições de condutas, impõe a estes enfermeiros a urgente necessidade de reflexão quanto sua prática educacional e a articulação de atividades irrestritas que gerem autonomia dos sujeitos, induzam um trabalho participativo e tenham ressonância efetiva sobre estes, libertando-os do conjunto de pré-determinações acríticas de comportamento. Rompendo com o modelo tradicionalista de educação em saúde que prevê um sujeito detentor do saber a proferir seu conhecimento bruto aos sujeitos receptores deste conhecimento ⁽²⁾.

Assim, em nosso modelo, no primeiro "Step" são elencados aspectos elementares que subsidiam o conhecimento teórico e geográfico da unidade. Neste estadiamento os residentes executam um processo de aprendizagem pelo método da observação. Acompanham os enfermeiros preceptores em todas tarefas que são desempenhadas pelo seu educador e ainda não assumem as funções assistenciais de maneira autônoma e individual. Os preceptores são responsáveis por introduzir os residentes na unidade, apresentá-los á equipe multidisciplinar, elencar os processos de trabalho vigentes, fluxos da unidade e rotinas setoriais.

Cada residente é acompanhado pelo grupo de preceptores, e, não apenas por um enfermeiro ou outro. As escalas são flexíveis de maneira que os residentes podem ser acompanhados por diferentes enfermeiros ao longo de sua estadia na UCO. Esporadicamente, os residentes em enfermagem podem estar em escalas de trabalho sem a presença direta deste grupo de preceptoria, mas mantem os preceptores como referencial para seu desenvolvimento profissional e sua formação humana crítico reflexiva.

Periodicamente estes residentes são apresentados ao novo "step" e vão gradativamente incrementando a complexidade da assistência de enfermagem desempenhada. As funções ao longo da permanência na UCO vão se somando e o grau de enredamento acompanha esta evolução. Nos últimos estágios de passagem pela unidade os residentes são apresentados ao "step" que contempla as funções gerenciais, etapa que agrega o arcabouço técnico/ científico adquirido ao longo do seu processo de educação em saúde. Nesta fase é requerido dos residentes proatividade e uma visão crítica e reflexiva a cerca de sua prática assistencial e gestora além da compreensão mais ampla das funções que a rede de profissionais exerce e sua íntima articulação.

Assim, o processo de ensino aprendizagem a que os enfermeiros estão envolvidos acontece de maneira paralela ao desenvolvimento das ações assistenciais, e é revestido pelos preceitos da prática baseada nas experiências do binômio educando e educador.

Nesta relação dual, os enfermeiros e residentes têm como desafio estabelecer práticas saudáveis de educação em saúde, onde haja espaço para o diálogo, para a abordagem coletiva de qualidade em saúde, compartilhamento de saberes e para a construção conjunta de uma realidade social que atenda aos preceitos da promoção à saúde e a viabilização deste exercício multidimensional.

3.4 FRAGILIDADES E OPORTUNIDADES

A práxis do enfermeiro inserido em uma unidade intensivista cardiovascular de alta complexidade exige um refinado nível de proatividade e desenvoltura técnico científica. Este profissional precisa manter-se atento ao cuidado que executa, às demandas vivenciadas pelos seus pares e á relação de interdisciplinaridade, á rede de insumos e tecnologias disponíveis, ao aparato humano e material, á cadeia de informações na instituição, questões gerenciais de fluxo de pacientes, ás condições clínicas apresentadas pelo paciente e sua evolução temporal bem como seu histórico, às demandas biopsicoespirituais apresentadas por ele, seus anseios e medos, as relações familiares e humanas que ele estabelece, seu grau de compreensão a cerca do processo de promoção á saúde e de auto cuidado, além do processo propriamente educativo que executa. São inúmeros fatores integrativos que compõem o cuidado qualificado da enfermagem em terapia intensiva e que se somam á função da preceptoria em saúde.

Neste contexto de múltiplas demandas, a atuação conjunta dos enfermeiros com os residentes às vezes pode implicar em incremento da complexidade na assistência em um ambiente que determina um coorte de tempo limitado e emergencial para o efetivo atendimento de situações agudas que implicam em risco de vida. A necessidade da rápida atuação dos enfermeiros preceptores nessas condições hiperagudas em que é exigido presteza desses profissionais, pode expor os residentes á fragilidades no processo de aprendizagem, marginalizando-os. Ou, em outra estância, representar um risco assistencial se inobservadas as medidas educativas de gestão da qualidade e segurança.

Outrossim, se futuramente é permitido aos residentes e preceptores discutirem sobre as situações emergenciais vivenciadas por ambos, abre-se espaço para a real aprendizagem baseada na prática e ao fortalecimento da educação em saúde.

3.5 PROCESSO DE AVALIAÇÃO

Como item integrativo do processo evolutivo da residência em saúde cardiovascular, ao término de cada "step", residentes e preceptores são avaliados tanto individualmente como pelo grupo ipsi e contralateral. Esse processo avaliativo ocorre de maneira participativa e viabiliza um colóquio para reflexões duplamente pontuadas que permite aos residentes e aos preceptores projetarem criticamente suas desenvolvuras. Ademais, viabiliza um espaço para aperfeiçoamento de habilidades e competências com potencial para ampliar a formação técnica destes novos profissionais e seus preceptores. Assim, aprendizagem baseada na vivência prática na UCO se desenha nestes moldes e permite discutir aquilo que se apresenta no ambiente real e oferecer subsídios de uma metodologia educativa ativa.

Como ferramenta avaliativa é empregada uma lista de atividades e funções que cada "step" contem e os residentes são questionados quanto ao cumprimento ou não em sua totalidade. Caso durante o escalonamento seja identificado algum lapso, estas funções são reinseridas nos novos "steps" e rediscutidas com o binômio educando/educador.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os avanços tecnológicos e as transformações das sociedades globalizadas aliado ao progresso político, econômico e cultural resultaram na necessidade de congregação de novos valores, atitudes e competências para a reestruturação interna das instituições de saúde e a formação acadêmica dos profissionais da saúde. Paralelamente, a difusão e socialização do saber em saúde e a ampliação do acesso aos meios de informação, que esta evolução agrega, redesenharam um novo perfil profissional: um indivíduo exigível, consciente de seus direitos e de seu desempenho teórico, mas ainda carente de meios práticos para empregar o conjunto de saberes científicos que definem seu arcabouço contextual.

Esta forte tendência mundial, motivou as instituições de saúde a adotarem o modelo do ensino baseado na vivência, inserindo alunos dos cursos de graduação, especialização e residência nos ambientes onde a prática ocorre.

Este princípio de um espaço colaborativo é essencial para aplicação das novas metodologias ativas de ensino/ aprendizagem. Envolver educandos e educadores na dupla função de praticar a assistência qualificada e de criar espaços para reflexão crítico analítica de suas ações, agrega mais valor à formação humana e profissional daqueles envolvidos e traz maior qualidade à assistência prestada na instituição de saúde.

Esta discussão de prática participativa e da educação em saúde torna-se imperativa principalmente no ambiente crítico da terapia intensiva, onde coexistem fatores como instabilidade hemodinâmica, complexo aparato tecnológico e de insumos materiais, saber científico acumulado, multiplicidade profissional, modernos modelos gerenciais e garantia exequível de uma assistência à saúde de qualidade ininterrupta.

A implantação das atividades educativas com natureza grupal contribui para autoconscientização do cuidado de si, para o delineamento da autonomia e para que os indivíduos responsabilizem-se e percebam-se atuantes no crescimento e aprimoramento grupal.

A manutenção de ações grupais possibilita o senso de identidade, a escuta e interlocução entre diferentes indivíduos, estabelecendo uma relação contínua de

intercâmbio de funções onde alternadamente educandos assumem o papel de educadores e estes assumem o perfil de aprendizes (BARROS, 2006).

Na terapia intensiva cardiovascular, o enfermeiro é o profissional envolvido sumariamente com as relações de cuidar e prevenir e, através do exercício e da elaboração de uma prática educativa, é possível resolver uma imensa variedade de enfrentamentos individuais ou coletivos no local de atuação deste profissional em consonância com os preceitos do modelo de promoção à saúde (MACHADO, 2007).

A educação em saúde é, portanto, uma dimensão fundamental do cuidado em enfermagem e foi legada á esta categoria profissional como responsabilidade estabelecida socialmente. A educação é vista como uma apresentação do cuidar e teoricamente indissociável da ocupação do enfermeiro (BARROS, 2006).

Em nosso meio, residentes convivem com os enfermeiros e estabelecem uma estrita relação de cumplicidade. São agentes colaborativos, que partilham as funções da assistência direta e indireta aos pacientes internados na unidade coronariana.

O cuidado qualificado de enfermagem na terapia intensiva perpassa os universos da cientificidade, do gerenciamento e da proficiência humana, sendo portanto, necessário a instituição de uma análise sistemática, contínua e antecipada da assistência em saúde fundamentada em reflexões críticas sobre a dinâmica dos processos de cuidar e do desempenho de residentes e preceptores em saúde.

Cabe ressaltar que toda ação em saúde é considerada um fenômeno complexo e interacional pois envolve diferentes sujeitos e a excelência na gestão da qualidade pressupõe um estilo gerencial participativo que reflete sobre a dinâmica das diferentes relações e práticas profissionais.

Deve-se, através da educação em saúde, investir na autonomia do residente, desenvolver sua consciência crítica e estimulá-lo a traçar escolhas mediante seu próprio aprendizado (QUEIROZ, 2006, p. 117). O objetivo maior das atividades deve centralizar-se em promover o desenvolvimento do educando, superando a relação dicotômica entre práticas assistenciais curativistas e práticas educativas (DILLY, 1995).

O exercício de uma prática educativa crítica que possibilite a transformação do meio social e a conscientização dos sujeitos, requer que a díade cuidar-ensinar seja intermediada pela igualdade entre residentes em enfermagem e enfermeiros preceptores e de seus conjuntos de saberes. Assim o educador agrega em si a valorização ideológica daquele que é supostamente o aprendiz e os conhecimentos de seu próprio domínio, convergindo para a transformação social e para a desvinculação de conceitos arraigados ao modelo vertical de transmissão passiva de conhecimentos (MACHADO, 2007).

Dessa forma, a construção do conhecimento com base na concepção de metodologias ativas educativas como o desenvolvimento de “steps”, é ferramenta ímpar para o exercício cooparticipativo e constitui instrumento de viabilização do processo dinâmico de educação em saúde.

Sugere-se que a ferramenta do estadiamento por “steps” seja ampliada ao complexo hospitalar e ambulatorial da unidade HC UFMG a fins de manter as referências do protagonismo executado pelos residentes no sistema de atenção cardiovascular.

A educação, nesta dimensão, não se limitaria na transmissão passiva de um saber do preceptor ao residente, mas na construção dialógica de um conhecimento compartilhado intermediado pela cultura, pelas experiências vivenciadas por educandos e educadores em cada “step” e pelo saber do senso comum associado ao saber científico (CADETE; VILLA, 2000, p. 380; MEYER; MELLO; VALADÃO, 2006, p. 1335; MACHADO, 2007; BARROS, 2006). A partir daí, o diálogo colocará educando e educadores, preceptores e residentes, numa relação direta e mútua de horizontalidade, onde ambos são sujeitos atuantes, podem transformar o mundo, construir cultura e história (MIRANDA; BARROSO, 2004, p. 631).

Destarte, o reconhecimento das atividades educativas como estratégia de enfrentamento destes problemas e como veículo de desenvolvimento humano constitui o caminho elementar para a reconstrução histórica da práxis da enfermagem. O diálogo, a execução de trabalhos educativos sob uma ótica grupal, o emprego da metodologia de “steps” e a viabilização da autonomia constituem dispositivos concretos de implementação do modelo de promoção á saúde. A educação em saúde, assim tomada, representaria o pilar para a transformação crítica da realidade e para a produção social

de identidades emancipadas. Ela traduz no homem a autonomia e a capacidade deste perceber-se livre e ativo diante do enredo sócio-histórico em que as ações ocorrem.

REFERÊNCIAS

Barros, C.M.S. *et al.* Modelo de atividade: educação em saúde, São Paulo, *Serviço Social do Comércio DN/DPD/GEP*, 2006.

Cadete, M.M.M.; Villa, E.A. A concretude da atividade educativa do enfermeiro. *O mundo da saúde*, v. 24, n. 5, p. 380-6, 2000.

Dilly, C.M.L. *et al.* Processo Educativo em Enfermagem: das concepções pedagógicas à prática profissional, São Paulo, *Robe editotial*, 1995.

Machado, M.F.A.S. *et al.* Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS- uma revisão conceitual. *Ciê. Saúde coletiva*, v. 12, n. 2, 2007

Mendes, E.V. Uma agenda para a saúde, São Paulo, *Hucitec*, 1996.

Meyer, D.E.E.; Mello, D.F.; Valadão, M.M.; Ayres, J.R.C.M. “Você aprende. A gente ensina?” Interrogando relações entre educação e saúde desde a perspectiva da vulnerabilidade. *Cad Saúde Pública*, v. 22, n. 6, p. 1335-46, 2006.

Miranda, K.C.L.; Barroso, M.G.T. A contribuição de Paulo Freire à prática e educação crítica em enfermagem. *Rev Latino-am Enfermagem*, v. 12, n. 4, p. 631-5, 2004.

Oliveira, D.L. A “nova” saúde pública e a promoção da saúde via educação: entre a tradição e a inovação. *Rev Latino-Am Enfermagem*, v. 13, n. 3, p. 423-31, 2005.

Queiroz, M.V.; Jorge, M.S. Estratégias de educação em saúde e a qualidade do cuidar e ensinar em Pediatria: a interação, o vínculo e a confiança no discurso dos profissionais. *Interface-Comunic. Saúde. Educ.* v. 10, n. 19, p. 117-30, 2006

Silva, C.C.; Egry, E.Y. Constituição de competências para a intervenção no processo saúde-doença da população: desafio ao educador de enfermagem. *Rev Esc Enferm USP*, v. 37, n. 2, p. 11-6, 2003

Teixeira, C.F.; Paim, J.S.; Vilasboas, A.L. SUS, modelos assistenciais e vigilância da saúde. *Informe Epidemiológico do SUS*, v. 7, p. 8-28, 1998.

Wendhausen, A.L.P.; Saube, R. Concepções de educação em saúde e a estratégia de saúde da família. *Texto Contexto Enferm*, v. 12, n. 1, p. 17-25, 2003.