



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

LETÍCIA DIOGO DE OLIVEIRA MOURA

**OS SIGNIFICADOS ENTRE RESIDENTES DE ENFERMAGEM OBSTÉTRICA
SOBRE O PROCESSO DE ENSINO-APRENDIZAGEM NO CAMPO DE PRÁTICA
ASSISTENCIAL**

BELÉM
2022

LETÍCIA DIOGO DE OLIVEIRA MOURA

**OS SIGNIFICADOS ENTRE RESIDENTES DE ENFERMAGEM OBSTÉTRICA
SOBRE O PROCESSO DE ENSINO-APRENDIZAGEM NO CAMPO DE PRÁTICA
ASSISTENCIAL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Pará, como parte dos requisitos necessários à obtenção do Título de Mestre em Enfermagem, na área de concentração de Enfermagem no contexto Amazônico.

Área de concentração: Enfermagem no contexto Amazônico.

Linha de pesquisa: Educação, formação e gestão para a práxis do cuidado em saúde e enfermagem no contexto amazônico.

Orientador: Prof. Dr. Diego Pereira Rodrigues

Coorientador: Prof. Dr. Audrey Vidal Pereira

BELÉM

2022

**Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP) de acordo com ISBD
Sistema de Bibliotecas da Universidade Federal do Pará
Gerada automaticamente pelo módulo Ficat, mediante os dados fornecidos pelo(a)
autor(a)**

M929s Moura, Leticia Diogo de Oliveira.
OS SIGNIFICADOS ENTRE RESIDENTES DE
ENFERMAGEM OBSTÉTRICA SOBRE O PROCESSO DE
ENSINO-APRENDIZAGEM NO CAMPO DE PRÁTICA
ASSISTENCIAL / Leticia Diogo de Oliveira Moura. — 2022.
124 f. : il. color.

Orientador(a): Prof. Dr. Diego Pereira Rodrigues
Coorientador(a): Prof. Dr. Audrey Vidal Pereira
Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do Pará,
Instituto de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação
em Enfermagem, Belém, 2022.

1. Enfermagem obstétrica. 2. Educação em
enfermagem. 3. Educação baseada em competências.
4. Prática profissional. 5. Internato e residência. I. Título.

CDD 618.20231

LETÍCIA DIOGO DE OLIVEIRA MOURA

**OS SIGNIFICADOS ENTRE RESIDENTES DE ENFERMAGEM OBSTÉTRICA
SOBRE O PROCESSO DE ENSINO-APRENDIZAGEM NO CAMPO DE PRÁTICA
ASSISTENCIAL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Pará, como parte dos requisitos necessários à obtenção do Título de Mestre em Enfermagem, na área de concentração de Enfermagem no contexto Amazônico.

Data da aprovação: ____/____/____

Banca Examinadora:

Prof. Dr. Diego Pereira Rodrigues - UFPA
Orientador

Prof. Dr. Audrey Vidal Pereira - UFF
Coorientador

Prof. Valdecyr Herdy Alves - UFF
1ª Examinador

Profa. Dra. Márcia Simão Carneiro - UFPA
2ª Examinador

Profa. Dra. Vera Maria Sabóia - UFF
1ª Suplente

Prof. Dr. Silvio Éder Dias da Silva - UFPA
2ª Suplente

Dedico esta dissertação aos meus pais que sempre me mostraram a importância de dar continuidade aos meus estudos. À minha filha que é a minha fonte de energia e inspiração para seguir essa jornada.

AGRADECIMENTOS

Agradeço, primeiramente, e sempre a Deus pelas oportunidades que me foram dadas e pelas dificuldades encontradas no caminho, porque foi durante este período que eu mais fortaleci a minha fé, confiante no amor e misericórdia de Deus, na certeza de que tudo seria possível.

Aos meus pais, **Augusto e Eliana Moura** que me incentivaram a nunca parar de estudar. Como bons educadores, desde o início da minha vida escolar, prezaram pela qualidade do meu ensino e me guiaram no melhor caminho a seguir, sempre respeitando as minhas escolhas e, principalmente, nunca duvidando do meu potencial.

Aos meus **familiares**, nas pessoas dos meus irmãos **Leonardo e Eduardo Moura**, que são os meus melhores amigos... Obrigada por se fazerem presentes em cada momento.

Ao meu esposo **Renato Menezes** que se manteve firme nos momentos difíceis em que precisei fazer escolhas, o qual sempre respeitou o meu processo e me deu forças para continuar.

À maior riqueza da minha vida, minha filha **Maria Júlia**, minha razão de viver, que mesmo sem ainda entender muito, com seu carinho mostrou apoio incondicional aos meus planos e entendimento sobre cada fase que passamos para chegar até aqui.

Aos **colegas de profissão**, principalmente os da Fundação Santa Casa de Misericórdia, que me ajudaram na definição do tema de estudo e colaboraram sempre para que eu pudesse desenvolvê-lo. Da mesma forma, agradeço também aos residentes participantes do estudo - somos um só na luta por uma formação de qualidade. Sabemos os desafios a serem vencidos e mesmo assim não desistimos dos nossos sonhos. Estou com vocês até o fim!

Aos meus **colegas de turma**, dos quais pouco conheci pessoalmente por sermos a turma da pandemia, mas que sempre foram apoio nos momentos de dificuldade durante o processo. Obrigada em especial aos queridos: **Emily, Laena, Elannira, William, Diego, Diana e Ricky** em especial por organizarem a casa, ajudarem nos *insights*, ouvir as angústias que o mestrado nos trouxe em momentos de incerteza e nos quais precisei ganhar forças; nós sempre acreditamos uns nos outros.

Não obstante, gostaria de fazer um agradecimento especial ao meu orientador

Prof. Dr. Diego Pereira Rodrigues, que após um ano de mestrado, aceitou esta orientação e me conduziu com maestria para chegar a este momento. Obrigada por entender minhas dificuldades, por não me deixar desistir, por se entregar comigo neste estudo e principalmente, por exemplificar com seus atos, o profissional que almejo ser - dedicado, respeitoso, amigo e leal aos seus. Sem você, eu não teria chegado até aqui.

Não poderia deixar de agradecer à coorientação do **Prof. Dr. Audrey Vidal Pereira** que mesmo remotamente esteve disposto a contribuir com a construção desta pesquisa e aceitou a coorientação pela confiança depositada em mim através do Prof. Dr. Diego Pereira. Serei eternamente grata pelas suas palavras de apoio!

Aos membros da banca examinadora que também dedicaram seu tempo a contribuir com este estudo, mostraram-se interessados, dispostos a todo momento, e são profissionais nos quais eu me inspiro e aspiro ser um dia: **Prof. Valdecyr Herdy Alves, Profa. Dra. Márcia Simão Carneiro e Prof. Dr. Silvio Éder Dias da Silva**; muito obrigada por tudo!

Por fim, agradeço à minha casa **UFPA**, que me acolheu e me proporcionou experiências incríveis como aluna e preceptora do programa de Residência em Obstetrícia, incitando em mim o desejo de contribuir através desta pesquisa, como uma forma de retorno para a formação de novos profissionais.

"Não é possível refazer este país, democratizá-lo, humanizá-lo, torná-lo sério com adolescentes brincando de matar gente, ofendendo a vida, destruindo o sonho, inviabilizando o amor. Se a educação sozinha não transformar a sociedade, sem ela tampouco a sociedade muda."

Paulo Freire

RESUMO

O processo de ensino-aprendizagem em enfermagem obstétrica busca contemplar recomendações técnicas que contribuam de forma significativa para a transformação do cenário da assistência. A compreensão da importância do processo de ensino-aprendizagem na qualificação de novos profissionais é parte da transformação deste cenário. Objeto de estudo: os significados entre os residentes sobre o processo de ensino-aprendizagem nos cenários de prática do programa de Residência de Enfermagem Obstétrica. Questão norteadora: Quais os significados entre os residentes sobre o processo de ensino-aprendizagem exercido no cenário de prática de enfermagem obstétrica? Objetivo geral: analisar os significados entre os residentes sobre o processo de ensino-aprendizagem no cenário de prática da residência em enfermagem obstétrica. Objetivos específicos: descrever o processo de ensino-aprendizagem vivenciado com os residentes de enfermagem obstétrica; discutir os possíveis obstáculos no cenário de prática que impactam no processo de ensino-aprendizagem. Metodologia: estudo de abordagem qualitativa do tipo estudo de caso. A pesquisa foi realizada no programa de residência de enfermagem obstétrica do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Pará. Os participantes da pesquisa foram vinte e dois residentes do 1º e 2º ano do programa, que obedeceu ao recrutamento intencional e aplicação dos seguintes critérios de inclusão: estar regularmente matriculados como residentes; ter passado pelo menos 1 mês no nível de UBS, hospitalar e da gestão. Como critérios de exclusão foi estabelecido: residentes de licença maternidade ou por doença; residentes que desistiram do programa. A coleta de dados foi por meio de quatro grupos focais com ambas as turmas, tendo três grupos com seis residentes e um grupo com 4 residentes, obtendo duas recusas de participação. Os grupos obtiveram dois encontros presenciais e média de 120 minutos. Ainda foi utilizado o mapa conceitual sobre pontos positivos e negativos da residência. Foi utilizada a gravação de áudio cuja transcrição foi realizada na íntegra. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética de Pesquisa do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Pará, conforme o nº 5.443.574/2022. Os dados foram submetidos à análise de conteúdo na modalidade temática com apoio na organização do *software* ATLAS.ti 22.7, com a realização dos seguintes códigos: Preceptoria; o residente R2; acolhimento da residência; o curso da residência em enfermagem obstétrica. Os resultados mostraram que o processo de ensino-aprendizagem pode ser um elo facilitador e integrador com a preceptoria, sendo muitos referenciais profissionais com foco de formação de novos enfermeiros obstétricos de qualidade. Além disso, este trabalho evidenciou a necessidade de repensar processo de trabalho nos cenários de prática, com as instituições parceiras e do trabalho do enfermeiro-preceptor, com o trabalho interprofissional de agregação de novos conhecimentos e oportunidades de trocas para essa construção, tanto de preceptores, residentes quanto de distintos profissionais no campo de trabalho. Mostrou, também, a ampliação de investimento na preceptoria como alicerce para garantir uma melhor formação. Conclui-se que este estudo atingiu os seus objetivos iniciais, dando elucidação aos significados dos residentes em enfermagem obstétrica sobre o processo de ensino aprendizagem e forneceu subsídios para que futuras mudanças sejam pensadas e realizadas na formação de novos profissionais obstetras.

Palavras-chave: Enfermagem obstétrica. Educação em enfermagem. Educação baseada em competências. Prática profissional. Internato e residência.

ABSTRACT

The teaching learning process in Obstetric nursing education seeks to include technical recommendations that significantly contribute to the transformation of the obstetric care scenario. Understanding the importance of the teaching-learning process in the qualification of new professionals is part of the transformation of this scenario. Object of study: the meanings amongst residents about the teaching-learning process in the practice scenarios of the Residency Program in Obstetric Nursing. Guiding question: What are the meanings amongst residents about the teaching-learning process carried out in the practice scenario of obstetric nursing? General objective: to analyze the meanings amongst residents about the teaching-learning process in the practice scenarios of the Residency Program in Obstetric Nursing. Specific objectives: to describe the teaching-learning process experience with residents in obstetric nursing; to discuss the possible obstacles in the practice scenario that impact the teaching-learning process. Methodology: a qualitative case study approach. The research was carried out in the obstetric nursing residency program at the Institute of Health Sciences of the Federal University of Pará. The research participants were twenty-two residents of the 1st and 2nd year of the program, which followed the intentional recruitment and application of the following inclusion criteria: being regularly enrolled as residents; have spent at least 1 month at the UBS, hospital and management level. The following exclusion criteria were established: residents on maternity leave or due to illness; residents who dropped out of the program. Data collection was carried out through four focus groups with both classes, being three groups with six residents and one group with 4 residents, obtaining two refusals to participate. The groups had two face-to-face meetings and an average length of 120 minutes. A conceptual map on positive and negative aspects of the residence was also used. Audio recording was used, which was transcribed in full with the information. The study was approved by the Research Ethics Committee of the Institute of Health Sciences of the Federal University of Pará, under No. 5.443.574/2022. The data were submitted to content analysis in the thematic modality with organization support of the ATLAS.ti 22.7 software, with the realization of the following codes: Preceptorship; resident R2; residency reception; the residency course in obstetric nursing. The results showed that preceptorship is a facilitating and integrating link in learning, with many professional references focused on training new qualified obstetric nurses. But also, the need of reception, empathy, involvement and integration in the training of preceptorship and with scientific evidence, aligned with theory and practice. Also, the extension of investment in preceptorship as a foundation to grant better formation. However, the second-year resident constitutes an important strategy for the aggregation of preceptorship with the first-year residents, with their reception and conflict mediation. However, the lack of a sense of belonging and the management organization are important senses that must be worked along with the course and the practice scenario. It is concluded that this study achieved its initial objectives, elucidating the meanings of residents in obstetric nursing about the learning teaching process and provided support for future changes to be thought and carried out in the training of new obstetric professionals.

Keywords: Obstetric nursing. Nursing education. Competency-based education. Professional practice. Internship and residency.

LISTA DE IMAGENS E QUADROS

Imagem 1 - Domínios das competências de EO de acordo com ABENFO e ICM, 2013.....47

Quadro 1 - Domínios das competências de EO de acordo com ABENFO e ICM, 2018
.....48

Quadro 2 - Códigos criados no tratamento do software Atlas.ti
.....68

Quadro 3 - Núcleos Temáticos, Unidades Temáticas, Categorias
.....69

LISTAS DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ABEN	Associação Brasileira de Enfermagem
ABENFO	Associação Brasileira de Obstetrias e Enfermeiros Obstetras
APS	Atenção Primária em Saúde
ANPPS	Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde
CLAP	Centro Latino-Americano de Perinatologia
CNE	Conselho Nacional de Educação
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
COREN	Conselho Regional de Enfermagem
DATASUS	Departamento de Informática do SUS
DCN	Diretrizes Curriculares Nacionais
EDUGESPEN	Educação, Formação e Gestão para a práxis do cuidado em Enfermagem
EUA	Estados Unidos da América
GT	Câmaras Técnicas ou Grupos Técnicos
FIGO	<i>International Federation of Gynecology and Obstetrics</i>
FEBRASGO	Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia
FSCMPA	Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará
ICM	<i>International Confederation of Midwives</i>
IES	Instituição de Ensino Superior
LEPE	Lei do Exercício Profissional de Enfermagem
MEC	Ministério da Educação
MS	Ministério da Saúde
NICE	<i>National Institute for Health Care and Excellence</i>
ODM	Objetivos de Desenvolvimento do Milênio
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde

PNEPS	Política Nacional de Educação Permanente em Saúde
PNH	Política Nacional de Humanização
PRONAEF	Programa Nacional de Residência em Enfermagem Obstétrica
PPGENF	Programa de Pós Graduação em Enfermagem
REO	Residência de Enfermagem Obstétrica
RN	Recém-nascido
SESPA	Secretaria Estadual de Saúde
SGTES	Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde
SIAPARTO	Simpósio Internacional de Assistência ao Parto
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFPA	Universidade Federal do Pará
UNFPA	<i>United Nations Population Fund</i>
WHO	<i>World Health Organization</i>

SUMÁRIO

1. APRESENTAÇÃO.....	15
1.1. Considerações iniciais.....	16
1.2. Problematização.....	20
1.3. Questão Norteadora.....	24
1.4. Objetivos.....	24
1.4.1. Objetivo Geral.....	24
1.4.2. Objetivos Específicos.....	24
1.5. Justificativa, Relevância e Contribuição do Estudo.....	24
2. REFERENCIAL CONCEITUAL.....	30
2.1. Ensino, formação e aprendizagem: conceitos de iniciação	30
2.2. Contexto histórico e avanços da enfermagem obstétrica no Brasil.....	32
2.3. História e políticas públicas: a formação em Enfermagem Obstétrica	35
2.4. A Enfermagem na transformação do modelo assistencial obstétrico.....	39
2.5. Processos de trabalho da enfermagem obstétrica: competências, legislações e recomendações.....	43
3. REFERENCIAL TEÓRICO.....	54
3.1. Paulo Freire e sua concepção na educação.....	54
3.2. Freire e a realidade do processo de ensino-aprendizagem na enfermagem obstétrica.....	57
4. CAMINHO METODOLÓGICO.....	59
4.1. Cenário do estudo.....	60
4.2. Participantes do estudo.....	61
4.3. Técnica de coleta de dados.....	62
4.4. Dimensões éticas.....	64
4.5. Tratamento e análise dos dados.....	65
5. RESULTADOS.....	70
5.1. Perfil dos residentes de enfermagem obstétrica dos grupos focais.....	70

5.2. O ensino aprendido da residência em Enfermagem Obstétrica e a importância do campo prático nesse processo	70
5.3. Categoria I: O processo de ensino aprendizagem e a preceptoria da residência em enfermagem obstétrica.....	72
5.4. Categoria II: A residência, processo de trabalho e o campo de prática: obstáculos para o de ensino aprendizagem.....	77
6. DISCUSSÃO.....	86
6.1. O processo de ensino aprendizagem pautado pela interprofissionalidade.....	86
6.2. O preceptor como o elo entre ensino e aprendizagem.....	88
6.3. Os impactos do campo de prática no processo de ensino aprendizagem.....	92
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	97
REFERÊNCIAS.....	100
APÊNDICE A.....	111
APÊNDICE B.....	113
APÊNDICE C.....	114
APÊNDICE D.....	116
APÊNDICE E.....	117
APÊNDICE F.....	118
APÊNDICE G.....	119
ANEXO A.....	120
ANEXO B.....	121

1. APRESENTAÇÃO

Desde a graduação do curso de enfermagem na Universidade do Estado do Pará (UEPA), oportuneizei o conhecimento do processo formativo do ensino superior em outro país com a vivência da realidade do sistema de saúde Norte Americano, quando cursei um ano do Curso de Enfermagem sob o incentivo da bolsa cedida pelo Governo Federal do Brasileiro e pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) por meio do Programa Ciências Sem Fronteiras, com a realização do processo formativo, que versava com a transversalidade.

O vislumbramento pela valorização e autonomia do Enfermagem Obstétrica (EO) neste cenário e a transversalidade foram fundamentais para fomentar uma continuidade aos estudos no campo da obstetrícia após a graduação. Para se tornar Obstetrix (Midwife ou Nurse Midwife) nos Estados Unidos da América (EUA), faz-se necessário cursar quatro anos de Bacharelado de Ciências em Enfermagem, um currículo específico em Enfermagem com componentes curriculares relacionados ao curso e dois anos do curso de Obstetrix após a graduação; equivalente a especialização, e semelhante ao contexto formativo no Brasil com o processo vivenciado pela Residência de Enfermagem Obstétrica (REO).

Em 2015, oportuneizei a vivência como residente de EO na Universidade Federal do Pará (UFPA) observando diariamente os desafios que os residentes enfrentam não somente no relacionamento interpessoal e profissional, como, por vezes, uma lacuna de comunicação com a instituição formadora e com os campos de prática, sendo um limitador do processo de ensino-aprendizagem. Pude compreender que o perfil profissional construído influencia no movimento de atualização da equipe atuante nos setores, como uma onda de renovação científica que fomenta um novo modelo de assistência a cada nova turma egressa, com pensamentos críticos e reflexivos que incentivam outros profissionais a repensarem sua forma de assistir.

Já em 2020, tive a oportunidade de acompanhar os residentes, porém agora como preceptora da REO - UFPA no campo prático da Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará (FSCMPA), unidade de referência em atendimento materno-infantil de alto risco no Estado. A vivência como preceptora neste período incitou indagações pertinentes ao processo formativo e de ensino-aprendizagem dos novos residentes que estavam sendo acolhidos em campo, como evidenciou conflitos de informações entre preceptores e professores, desvio de condutas dos residentes,

incoerências internas ao campo prático que comprometiam o foco maior: assistência de qualidade à mulher e ao recém-nascido.

Assim, a forma como o residente é inserido em campo prático e a forma como o preceptor é preparado (ou não) para recepcionar estes profissionais impacta na sua formação. Neste período, o desencontro de informações sobre a teoria abordada em sala, sobre as responsabilidades do residente em cada campo de prática, sobre a falta de acolhimento para com os mesmos a cada início de ciclo, sobre a necessidade de maior inserção e respeito profissional para com o residente de enfermagem obstétrica especificamente, foram alguns dos pontos observados durante a minha experiência na preceptoria.

Ao mesmo tempo que trabalhava na assistência e na preceptoria, ingressei no curso de mestrado acadêmico do programa de pós-graduação da faculdade de Enfermagem da Universidade Federal do Pará (UFPA). Minha intenção ao me inscrever no programa era a de dar continuidade aos estudos, na busca contínua por conhecimento, tendo em vista também contribuir com a comunidade acadêmica para a formação de novos profissionais. Desta forma, a vivência diária com os REO-UFPA me fez despertar o interesse em contribuir para o programa que também me formou como EO, trabalhando em conjunto com os residentes para avaliar o processo de ensino-aprendizagem destes profissionais.

1.1. Considerações iniciais

O processo de ensino aprendizagem é oriundo do ensino, e se relaciona com a formação através da produção de novos conhecimentos, saberes, práticas, para aquisição de habilidade e competências. Na Enfermagem Obstétrica, busca-se contemplar as recomendações técnicas e científicas para a promoção da assistência humanizada e fundamentada na ciência e no respeito da mulher, com o propósito de fomentar o processo de relação para o conhecimento, e proporcionando atitudes, habilidades e competências profissionais aos direitos à saúde e às demandas da população (OMS, 1996). Desde o surgimento desta especialidade, é comum acompanhar-se na história da saúde o processo de transformação e luta à medida que a ciência e a educação também evoluem e, quão fundamental a Enfermagem é para que este processo tenha continuidade.

O ensino é um dispositivo de problematização do trabalho e da educação,

proporcionando a construção do conhecimento por meio de diferentes pedagogias e abordagens, que, em Enfermagem, apresenta processos que devem atravessar pelo cotidiano dos serviços, oriundo do seu modo de fazer a atenção e a gestão do cuidado de mulheres, valorizando o saber das experiências construídas com os processos e práticas. Esse processo configura como um horizonte de (trans) formação, em intervir nas situações do trabalho (SOUZA; SANTOS FILHO, 2020).

Ele - o ensino, se caracteriza por uma questão relacional entre o educando e o educador, que contribui para uma empatia cotidiana no aprendizado, onde favorece o diálogo/troca, para produção da conscientização do sujeito para exercer a sua autonomia e liberdade da forma de aprender e compreensão dos processos do conhecimento, rompendo com a forma hegemônica do ensino, e assim modificando a sua realidade na busca do conhecimento. (FREIRE, 2016; FREIRE 2019a; FREIRE, 2019b).

Em 2014, instituições e organizações internacionais, como a *United Nations Population Fund* (UNFPA), *International Confederation of Midwives* (ICM) e *World Health Organization* (WHO), abordaram a importância da atuação da EO que, quando qualificada, habilitada e regulamentada conforme padrões internacionais¹, possui competência para atender a cerca de 90% das necessidades dos serviços de atenção perinatal, porém à EO corresponde apenas 36% dos profissionais em atuação na área no mundo (CENTRO LATINO-AMERICANO DE PERINATOLOGIA, 2014).

O estado do Pará, durante o período de 2014 a 2017, obteve uma notificação de 444 mortes maternas, constituindo um dos estados com maior mortalidade materna (BRASIL, 2018). Quando se implementa políticas públicas em prol das necessidades das mulheres, investimentos tecnológicos na saúde, com a construção de unidades, aprimoramento e capacitação de profissionais; uma política atuante de educação permanente, esses fatores possibilitam uma transformação do painel na saúde materna do estado.

Na tentativa de reduzir os índices de morbimortalidade materna, deve-se fomentar um cuidado humanizado, holístico, integral, subjetivo, individualizado e centrado na mulher, frente as suas necessidades de saúde. Desde então, o Ministério da Saúde (MS) em parceria com a Rede Cegonha (RC), têm incentivado mudanças do processo de ensino e formação qualificada por meio da inserção dos EOs no

¹ Seguindo as recomendações de competências essenciais para o exercício da enfermagem obstétrica, conforme determina a *International Confederation of Midwives* (ABENFO, 2019).

cuidado à mulher nos processos de saúde sexual e reprodutiva no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS).

Essa formação se volta aos aspectos inerentes ao pré-natal, parto e nascimento, ao puerpério e família, orientadas pelas práticas qualificadas e evidências científicas, elaborando o Programa Nacional de Residência em Enfermagem Obstétrica (PRONAENF)², por meio do edital MS/Ministério da Educação (MEC) nº 21, de 05 de setembro de 2012, com a aprovação da proposta em 18 Instituições de Ensino Superior (IES).

Ressalta-se que a configuração desta medida foi fruto da atuação de profissionais de saúde; instituições de ensino, e associações, em especial da Associação Brasileira de Obstetras e Enfermeiras Obstetras (ABENFO), cujo caráter social, cultural, técnico-científico e político foi fundamental para a garantia de um programa nacional para a formação da enfermagem obstétrica, com o apoio para uma política de formação em saúde.

No estado do Pará, a Universidade Federal do Pará constitui a única IES com a tutela de conferir o grau de especialista de EO, por meio da residência, com 12 vagas anuais; que conjuntamente com a Universidade Federal do Acre; Universidade Federal do Amazonas; Universidade Federal de Rondônia, constituem as únicas IES da região do norte participantes no PRONAENF. Ademais, desde a homologação do programa em 2012, a UFPA já contabilizou mais de 80 profissionais especialistas, com 9 turmas formadas e 10 processos seletivos realizados, com o último ocorrendo em 2021, tendo 135 candidatos concorrentes, sendo a residência com mais inscritos na instituição.

A promoção e ampliação da REO no Estado do Pará, tem possibilitado a formação de profissionais qualificados, para então proporcionar mudanças no cenário do estado, como a redução da mortalidade materna. Visto que, ainda no estado, há um excesso de intervenções no processo de parturição, além de uma má qualidade na assistência pré-natal, o que culmina com dados alarmantes de mortalidade materna e constitui um grave obstáculo para garantir os objetivos do Pacto Nacional de Redução de Mortalidade Materna e Neonatal no território brasileiro.

² O Ministério da Educação (MEC) homologa o resultado do processo de seleção dos projetos que se candidataram ao Programa Nacional de Bolsas para Residência em Enfermagem Obstétrica, por meio da Portaria conjunta nº 5, de 31 de outubro de 2012. Uma iniciativa pioneira do governo federal em incentivar instituições de ensino superior a promoção de profissionais na especialidade de enfermagem obstétrica, por meio da modalidade de residência (BRASIL, 2012).

Dessa forma, a residência constitui um gênero de ensino voltado para a especialização, com o intuito do aprimoramento profissional, visto que confere capacitação técnica e científica para prestar cuidados especializados para a população, principalmente a mulheres e recém-nascidos (RN) com a Residência em Enfermagem Obstétrica (PEREIRA *et al.*, 2018).

Com base no processo de ensino-aprendizagem, a autonomia da educação Freiriana preconiza a estratégia da ação-reflexão-ação, utilizando como ferramentas o estímulo à curiosidade, à postura ativa e à experimentação do aluno (residente), fomentando a análise crítica da realidade. Com as mudanças oriundas do processo do ensino, e a realidade da REO, o professor ou preceptor deve atuar de forma problematizadora, questionadora, mas com postura respeitosa e gentil, estimulando o desenvolvimento do residente, sempre por meio do diálogo do processo de ensino-aprendizagem (CHIARELLA *et al.*, 2015).

Com a presença do residente no campo de atuação de EO, há uma necessidade de mudança sobre a forma que se ensina nos locais que recebem estes residentes. São profissionais capacitados, porém em busca de maior especialização e contato com a realidade do serviço. Esta necessidade é acompanhada da ressignificação de práticas e papéis dos profissionais já atuantes, que agora preceptores, devem estar preparados e dispostos à troca de conhecimento afim de formar novos EO.

Contudo, é necessário romper com o paradigma formativo que a educação se construiu, centrada na transmissão de conhecimento, deslocada da vivência e dos saberes construídos na experiência, que constitui um ato de transformação do cotidiano. Dessa forma, a Política Nacional de Humanização (PNH) menciona que é indissociável a relação entre a atenção-gestão-formação, constituindo um marco ético-estético-político, com direcionamento para inovações do modo de cuidar, gerir e formar, com base de desafios de ampliação de processos formativos com compromissos de transformações do mundo do trabalho e o cotidiano da saúde da população (SOUZA; SANTOS FILHO, 2020).

A metodologia da problematização, buscada na aplicabilidade nos cursos de pós-graduação, em especial na residência é sustentada no referencial teórico de Freire (2013; 2019a; 2019b), marcado pela busca das transformações da sociedade pela prática social, cultural e política, com a tendência da pedagógica progressista crítico-social dos conteúdos e das práticas em saúde, trabalhando as habilidade e competências profissionais (VILLARDI; CYRINO; BERBEL, 2015).

Nesse sentido de aquisição de habilidade e competências profissionais e mudanças do processo de ensino-aprendizagem, o programa de REO tem como objetivo a mudança no cenário atual obstétrico, de ordem social, estrutural e política, mas há uma necessidade do engajamento do processo de gestão e de trabalho sejam alinhados para transformação deste panorama e compreendam a real importância da residência e de enfermeiros qualificados para mudança da realidade da saúde sexual e reprodutiva, em especial ao estado do Pará. Ter a REO, traz inúmeros benefícios para os cenários formativos, pois o serviço de saúde permanece em constante movimento de transformação, sendo um elo para produção de conhecimento e mudanças de estruturas impeditivas para a qualidade e segurança do processo de trabalho.

Portanto, este estudo visa compreender os sentidos que emergem entre os residentes em relação ao processo de ensino aprendizagem dentro dos campos práticos do programa de Residência em Enfermagem Obstétrica.

1.2. Problematização

Souza; Santos Filho (2020) trazem que a operacionalização da transversalidade da qualificação de enfermeiros para a inserção na assistência ao parto e nascimento,

traz a cena formativa os elementos que se cruzam na esfera do trabalho, abrindo discussões que passam pelo processo técnico, mas como também pelas tradicionais relações de saberes e poderes que interferem na não aceitação efetiva desse profissional na ótica do trabalho e de sua formação, enquanto membro da equipe de saúde, assim perpetuando a manutenção do modelo hegemônico de atenção e gestão. (SOUZA; SANTOS FILHO, 2020, p.38)

A formação em Obstetrícia no formato residência é uma modalidade recente e acontece de forma mais densa com o intuito de formar profissionais qualificados, que tenham sua assistência baseada em evidências científicas, humanização e que favoreçam a mudança do modelo assistencial, fortalecendo o protagonismo da mulher no processo, com uma ótica na transversalidade e interprofissionalidade no processo de trabalho (BRASIL, 2012). Essa modalidade preconiza uma carga horária de 60 horas semanais, com a duração de dois anos, perfazendo um total de 5760 horas, onde o residente irá emergir nos campos formativos para o desenvolvimento de habilidades, atitudes e competência profissionais (SILVA; MOREIRA, 2019),

fomentando a mudança na atenção obstétrica no país.

Os programas de residência têm se articulado para proposições para mudanças, e se utilizam do processo da pedagogia problematizadora para o trabalho na formação de novos profissionais crítico e reflexivos sobre o seu cotidiano. Assim, Majora; Almeida Junior; Noronha (2020) retrata que a residência tem dupla tarefa: problematizar e, sobretudo, ensinar os princípios e métodos de práticas aos seus alunos, com a finalidade de aquisição de competências. A segunda tarefa não se faz necessariamente separada da primeira, mas o exercício de problematizar é incorporado às práticas profissionais dos residentes, principalmente, como consequência da experiência com essa pedagogia dentro da universidade.

A finalidade da formação em saúde, é construir profissionais críticos, reflexivos, éticos, políticos, humanísticos e qualificados capazes de transpassar barreiras preexistentes e estabelecer novas práticas e relações de trabalho, visando principalmente um cuidado humano e de qualidade (PEREIRA *et al.*, 2018). No que tange à assistência de enfermagem obstétrica especificamente, há um quantitativo limitado de profissionais habilitados para atuar por completo em situações essenciais (CENTRO LATINO-AMERICANO DE PERINATOLOGIA, 2014), tornando necessário a ampliação da formação de novos profissionais para transformação da realidade da saúde perinatal, em especial no estado do Pará, pois ainda é altamente tecnocrática³ no contexto da assistência.

Com o intuito de clarificar o contexto da assistência obstétrica, que constitui um modelo tecnocrático, despersonalizante e violento; pode-se observar no estudo de Ramos *et al.* (2020) numa maternidade do Sudeste do Pará, a identificação de uma alta taxa de episiotomia (30,61%) nos partos realizados, enquanto recomendações sobre episiotomia seletiva giram em torno dos 10% do total de partos assistidos. Dados similares ao contexto obstétrico brasileiro, identificado as altas taxas de intervenções obstétricas pela Pesquisa Nascer no Brasil (LEAL *et al.*, 2014).

Ainda no país, a prática da episiotomia se tornou rotineira, constituindo uma intervenção cotidiana, que até 2012 não havia registros de estudos sobre a taxa de incidência da mesma (AMORIM, 2012). A Associação Brasileira de Obstetrias e Enfermeiros Obstetras e a Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO) recomendam que a primeira opção para episiotomia é não

³ Modelo de assistência, oriunda para a manipulação e intervenção no corpo, em especial da mulher, com a metáfora, corpo como máquina.

fazê-la; pois não há evidências científicas que sustentam essa prática, seguindo as recomendações da Organização Mundial de Saúde (OMS) e outras organizações internacionais e nacionais.

Um outro aspecto desse modelo, constitui as altas taxas de cesarianas, e no contexto dos países da América Latina verberam esse sentido: a República Dominicana 58,1%, o Brasil 55%, a Venezuela 52,4%, o Chile 46,6%, a Colômbia 45,95%, o Paraguai 45,9%, o Equador 45,5%, o México 40,7% e Cuba 40,4% (BOERMA *et al.*, 2018). Os dados da OMS estabelecem que os países não devem ultrapassar uma taxa de 10% (WHO, 2018), sendo este um importante marcador na qualidade da assistência à saúde.

Nessa perspectiva, em 2019 o Brasil obteve uma taxa de 56% de cesariana, a região norte do país representa apenas 9,2% desse total (BRASIL, 2019). O estado do Pará, no entanto, se destaca com uma prevalência de 45,9% de cesarianas. Esses dados mostram que a assistência obstétrica constitui uma atenção intervencionista e contribui para uma má qualidade, contribuindo para os dados de morte materna.

A necessidade constante pela mudança do modelo assistencial hospitalocêntrico, que respeite a dignidade e desejos da mulher, que devolva a autonomia perdida por essa mulher sobre o processo do parir, marcando o evento fisiológico pelo excesso de práticas abusivas e muitas vezes violentas (VELHO *et al.*, 2014) associado à importância da presença dos residentes em enfermagem obstétrica na assistência na região Norte, é reforçado pelo estudo de Santos *et al.* (2017), que mostra a contribuição dos residentes para esta mudança diária quando colocam em prática habilidades conducentes para uma assistência qualificada, humanizada, recomendadas pela OMS, além do emprego com base na crítica oriunda do modelo proposto pelas instituições hospitalares.

Dessa forma, a dissociação muitas vezes existente entre teoria e prática provoca uma dicotomia formativa. A formação em saúde deve sempre estar alicerçada no fortalecimento de um projeto de ensino que permita a transformação desta realidade e com o desenvolvimento de habilidades que estejam “associadas às necessidades de saúde da sociedade” (SILVA *et al.*, 2020, p. 5).

E durante esse processo formativo, que engloba os residentes, professores, tutores, preceptores, profissionais de saúde, gestores, fomentam a real mudança: uma formação com qualidade e transformação da realidade local com o desenvolvimento dos residentes e contribuindo para construção e consolidação de novas habilidades,

atitudes e competências. Esse debate na formação da residência nos cenários de prática tem sido objeto de discussão e investigação.

Nesse sentido, o Conselho Internacional de Enfermeiros (ICN) referiu que os EOs devem desenvolver competências por meio de programas educacionais, com conteúdo acadêmico e clínico suficientes para facilitar a prática segura e autônoma, em um nível definido de proficiência no contexto da formação e certificação de enfermeiros obstétricos. Assim, esses profissionais devem possuir competências do cuidado geral; promoção a saúde das mulheres; atenção ao pré-natal; parto e nascimento; cuidado ao recém-nascido; puerpério imediato; gestão dos serviços de saúde (ABENFO, 2019). Ademais, faz-se importante destacar que os países, estados e/ou municípios devem fornecer respaldo legal e normativo que subsidie a participação desses profissionais na melhoria da atenção à maternidade (LIMA et al., 2017), como ocorre no país, com a Lei nº 7.498 de 25 de junho de 1986, conhecida como Lei de Exercício Profissional de Enfermagem - LEPE (COFEN, 1986).

Assim, este estudo apresenta como **objeto de pesquisa** os significados entre os residentes de Enfermagem Obstétrica sobre processo de ensino-aprendizagem no campo de prática.

Desse modo, o enfrentamento travado pela categoria nunca é cessado; ela acompanha os movimentos e evolui no decorrer do tempo. Os campos práticos onde a REO em estudo se dá, abrangem os mais diversos tipos de segmentos da população e intercorrências. Neste sentido, entendendo a importância da construção de competências e habilidades para a formação de profissionais qualificados na área de EO e buscando melhorias no processo formativo dos EO da REO da Universidade Federal do Pará e contribuindo satisfatoriamente para a realidade obstétrica brasileira.

Nesta trajetória, o estudo está inserido na linha de pesquisa Educação, Formação e Gestão para a Práxis do Cuidado em Saúde e Enfermagem no Contexto Amazônico do Grupo de Estudos em Educação, Formação e Gestão para a Práxis do Cuidado de Enfermagem (EDUGESPEN), com o Projeto de Pesquisa intitulado: Educação, formação e gestão no cuidado da enfermagem em saúde vinculado ao Programa de Pós-graduação de Enfermagem (PPGENF) da Universidade Federal do Pará.

O sentido de Paulo Freire, com os seus pensamentos de ensino aprendizagem, pedagogia problematizadora, proposição para o residente ter um senso crítico e reflexivo, torna-se essencial para a qualificação da EO, em especial promoção de

habilidade e competências oriundas os desafios cotidianos da assistência obstétrica.

1.3. Questão norteadora

- Quais os significados entre os residentes de Enfermagem Obstétrica sobre o processo de ensino-aprendizagem exercido no campo de prática?

1.4. Objetivos

1.4.1 Objetivo Geral

- Analisar os significados entre os residentes de Enfermagem Obstétrica sobre o processo de ensino-aprendizagem no cenário de prática.

1.4.2 Objetivos Específicos

- Descrever o processo de ensino-aprendizagem no cenário de prática vivenciado com os residentes de enfermagem obstétrica;
- Discutir os possíveis obstáculos no cenário de prática que impactam no processo de ensino-aprendizagem.

1.5. Justificativa, Relevância e Contribuição do Estudo

A escolha do tema justifica-se pela necessidade de compreensão sobre as atividades desenvolvidas pelas residentes da EO em campo formativo, dada a devida importância à cada âmbito de atenção; com a relação enfermeiro-paciente no cuidado à saúde da mulher, como os reflexos que o entendimento do seu real papel transformador da realidade da assistência local e, também, a sua qualificação.

A Lei nº 7498 de 25 de Junho de 1986 que se refere do exercício profissional de Enfermagem confere ao enfermeiro a assistência ao parto eutócico, porém, pelo evento imprevisível, complicações podem surgir e as competências para garantir a saúde do binômio não são completamente atendidas somente pela formação profissional da graduação; havendo assim a necessidade de aprofundar os conhecimentos pela continuidade formativa especializada.

Os desafios observados a partir da prática da preceptoria, enfrentados pelos residentes em campo, como a resistência por parte dos profissionais do setor, a falta de experiência prática, pouca aproximação com o local onde atua e a falta de contato prévio com os responsáveis, a dicotomia entre teoria e prática causado pelo distanciamento entre docentes e preceptores podem influenciar negativamente o processo formativo e conseqüentemente a assistência (REIS; QUADROS, 2017; SILVA *et al.*, 2020). Desse modo, a educação permanente e o alinhamento entre a formação docente e a formação do preceptor constitui um elo para produção de qualidade evitando obstáculos na atuação profissional.

Ainda neste contexto é importante conhecer e reconhecer se os profissionais que recebem os residentes em campo estão preparados para a transmissão do conhecimento, libertos das formas hegemônicas de ensino, como busca Paulo Freire, permitindo a troca de saberes para a libertação da autonomia do profissional em construção.

Portanto, a educação permanente em saúde surge com o objetivo de manter o elo entre os serviços de saúde e a possibilidade de desenvolvimento dos profissionais. É fortalecida pela criação de Diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS)⁴, onde considera-se que aprender e ensinar é parte do cotidiano e inerente ao trabalho, é realizada a partir do enfrentamento de desafios encontrados no dia a dia levando em consideração a expertise que os profissionais já possuem, acumulando uma carga teórico-prática que acompanhe as necessidades das populações assistidas pelo serviço em saúde (BRASIL, 2009; 2014).

A equipe atuante nos setores assistenciais, parte dela, é hoje constituída por antigos residentes, egressos, que vivenciaram os mesmos desafios enquanto parte do programa de REO, os quais permanecem sendo agentes transformadores do atual cenário obstétrico. A prática em saúde requer atualização contínua que acompanhe as transformações e necessidades da população, especialmente da mulher, “é necessária uma atualização contínua do conhecimento científico e das evidências da área da saúde, para seu constante desenvolvimento e alto desempenho de atuação”

4 A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde surge a partir da Reforma Sanitária Brasileira e da criação da nova constituição de 1988 na tentativa de efetuar relações orgânicas entre ensino e as ações e serviços, e entre docência e atenção à saúde. Em 20 de Agosto de 2007 dispõe novas Diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, por meio da Portaria GM/MS nº 1996. (BRASIL, 2009; 2014).

(RONDELLI, 2019; p. 35). A estratégia da PNEPS envolve não somente aprimoramento técnico, mas também mudanças nas relações, nos processos, nos atos de saúde e, principalmente, nas pessoas (BRASIL, 2009; 2014). O professor, neste caso, preceptor, é facilitador do processo ensino-aprendizagem ao relacionar prática e teoria, contribuindo para que os residentes façam esse entrelaçamento no seu cotidiano assistencial de formação (LIMA *et al*, 2018). Eles também são a conexão entre a Universidade e o residente, sendo reflexo da qualidade do programa ofertado. Desse modo, os autores mencionam que à:

Universidade compete a responsabilidade de formar estudantes reflexivos, que consigam resolver as situações incertas da prática, respondendo as necessidades de saúde da população e da própria enfermagem como profissão. Quando encontramos uma situação dicotômica a esta, ou seja, um ensino desvinculado de uma prática reflexiva, temos como resultado uma formação incompatível com as demandas da sociedade e do serviço. (LIMA *et al*, 2018, p. 6)

Para entender o contexto no qual a REO, em conjunto com outros programas de residência se fazem importantes atores para com a sociedade em saúde é necessário vincular seu currículo teórico-prático com os interesses e avanços em saúde a nível nacional. Dentro da Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde (ANPPS) a saúde da mulher é uma das sub agendas prioritárias onde reforça-se a necessidade de avaliação de políticas, programas e serviços em saúde reprodutiva incentivando estudos comparativos sobre os modelos de atenção ao pré-parto, parto e pós-parto, morbidades relacionadas ao uso e não uso de tecnologias no parto, satisfação da usuária na atenção à gravidez, ao parto e puerpério e também qualidade da assistência às urgências obstétricas (BRASIL, 2005).

Os campos de atuação especificamente da REO/UFGA promovem experiências com a assistência ao pré-natal à gestante de risco habitual e alto risco, assistência às gestantes que desenvolvem patologias na gestação e fazem acompanhamento na atenção primária ou necessitam de atenção especializada, assistência ao pré-parto, parto e puerpério de risco habitual ou alto risco, fornecendo assim subsídios para que haja aproveitamento e aprimoramento técnico e científico. A articulação do conteúdo programático aos instrumentos práticos que garantam a autonomia profissional e qualidade da assistência obstétrica, em conjunto com os preceitos legais da profissão e as políticas públicas, revelam capacidade técnica e segurança no desempenho, como indicado pelo Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) em suas

recomendações para a formação de novos EOs (COFEN, 2013).

Revelar possíveis lacunas no campo educacional destes residentes, em conjunto com os profissionais que impactam nesse aprendizado, irá contribuir não somente para a formação de novos profissionais pela residência em Enfermagem Obstétrica da UFPA, mas também poderá elucidar questionamentos dos docentes, tutores, preceptores, com um maior entendimento sobre o olhar do residente, tendo ele voz neste processo formativo.

Portanto, conhecer como se dá o processo de ensino-aprendizagem do residente em campo e os seus significados sobre a sua atuação e a formação da REO fornece subsídios necessários para a IES para a qualificação do programa e fortalecimento curricular, além da correção de deficiências que possam ser identificadas no processo. Desde a implementação do programa de REO na UFPA em 2012, somente 8 turmas concluíram sua formação com aproximadamente 96 novos EO até março de 2022. Uma estimativa levantada pela Comissão Nacional de Saúde da Mulher do COFEN, confere que há uma necessidade de formar aproximadamente 195 mil novos EO para atuar na assistência ao parto e ao recém-nascido, tendo em vista os desafios enfrentados pela categoria e a dimensão populacional do nosso país (COREN-MS, 2016).

O investimento no fortalecimento da educação e desenvolvimento dos profissionais de enfermagem com foco na liderança, investimento na melhoria das condições de trabalho dos profissionais de enfermagem e disseminação de práticas efetivas e inovadoras de Enfermagem com base em evidências científicas no âmbito nacional e regional são metas estabelecidas para a campanha nacional *Nursing Now 2020*⁵ (CASSIANI; NETO LIRA, 2018) as quais também contemplam os objetivos que regem a PNEPS e corroboram com os objetivos deste estudo.

Por fim, faz-se necessário destacar que os avanços alcançados até hoje no que tange a humanização e transformação do modelo assistencial do parto e nascimento no nosso país não teria acontecido sem EOs (NARCHI, 2012). Visando garantir o acesso à saúde de qualidade e o bem-estar para todos, os Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS) abrangem a atenção à saúde reprodutiva e da

⁵ Campanha global de 3 anos (2018-2020) a qual visa melhorar a saúde, elevando o perfil e status da enfermagem e da obstetria em todo o mundo. É executada em colaboração com a OMS e ICN e busca capacitar profissionais de enfermagem para assumirem seu devido lugar ao centro dos desafios de saúde do século XXI.

mulher traçando metas de redução da mortalidade materna para menos de 30 mortes para 100.000 nascidos vivos até 2030 (ONUBR, 2019; ONU, 2020). Fazendo-se importante ressaltar que nenhum país conseguiu reduzir a mortalidade materna sem investir na capacitação de profissionais obstetras (OEA, 2010 *apud* NARCHI, 2021).

Sendo a mortalidade materna um indicador inversamente proporcional à qualidade assistencial em obstetrícia, relacionada muitas vezes a causas evitáveis, ela vem sendo trabalhada desde os anos 2000, com os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM), reduzindo mundialmente a taxa de mortalidade em 45% (RONDELLI, 2019).

Com relação a Agenda de Saúde Sustentável para as Américas (2018-2030) representa resposta do setor da saúde com compromissos pelos Estados membros da OPAS, em consonância com os ODS, considerando o objetivo nº 3 (Formação de Recursos Humanos) com o fortalecimento da gestão e o desenvolvimento de recursos humanos em saúde com habilidades que apoiem um enfoque integral à saúde (OPAS, 2018).

Acredita-se que, compreendendo o entendimento dos residentes em obstétrica sobre o seu papel como profissionais em aprendizado, pode-se avaliar a qualidade da assistência prestada nos serviços onde atuam, favorecendo, assim, a melhora da qualidade do serviço como um todo, priorizando a saúde da mulher em todas as fases da gestação, ao seu binômio e família envolvidos no processo.

Portanto, o presente estudo pretende contribuir com a criação de um fórum permanente para a avaliação dos processos formativos das residências no Estado do Pará, com o intuito de subsidiar discussões, com IES; professores, tutores; preceptores, residentes; gestores de instituições de saúde dos campos formativos; e gestores estaduais e municipais de saúde e educação, em prol de estratégias e iniciativas para a qualidade da formação em saúde.

Todo este processo de transformações e proposições garantem uma assistência mais qualificada, humanizada, científica, com o respeito da mulher e família. E, para isso, torna-se necessária a real compreensão do processo de ensino aprendizagem pelos residentes- agentes desta transformação- que conjecturam para aquisição de habilidades e competências, por meio do seu senso crítico e reflexivo da assistência obstétrica.

O referencial de Paulo Freire torna-se de suma importância dentro do contexto, social, econômico e político para a autonomia da enfermagem obstétrica,

em garantir transformações práticas de independência para a valorização do cuidado da mulher e conseqüente melhora nos indicadores relacionados à estes cuidados.

Espera-se que esta pesquisa beneficie os profissionais de enfermagem obstétrica, estudantes da área da saúde em geral, e a comunidade que é assistida por profissionais de EO, diminuindo os impactos e desafios ainda encontrados na assistência à mulher gestante. Além disso, a partir dos resultados obtidos, a instituição onde a residência é desenvolvida, poderão investir de maneira direcionada em treinamentos e futuras mudanças no currículo de ensino, que venham a qualificar cada vez mais o profissional atuante.

É importante ressaltar também que o reconhecimento de competências e habilidades por parte do residente de enfermagem obstétrica, que contribui diariamente para a modernização da assistência baseada em evidências, é fundamental para a construção e atualização de protocolos institucionais e valorização profissional nos cenários que recebem estes residentes.

2. REFERENCIAL CONCEITUAL

2.1. Ensino, formação e aprendizagem: conceitos de iniciação

Para melhor compreender os objetivos traçados para esta pesquisa, faz-se necessária uma caminhada pelos conceitos básicos que definem o processo de ensino-aprendizagem. A diferenciação entre ensino e formação, seus vieses e a aplicação ao contexto da enfermagem obstétrica no Brasil.

O verbo *ensinar* carrega uma utilização intencional sobre a aprendizagem, relacionando-se diretamente com o receptor do conhecimento por parte do aprendiz. Na educação tradicional, o ensinar é a forma do professor ou preceptor repassar conhecimentos e está conectado à capacidade mental e intelectual do aluno de receber estes ensinamentos e assimilá-los (PIMENTA & ANASTASIOU, 2002).

Por muito tempo a escola se baseou em uma forma de ensino tradicional, pautada no controle social, das massas dominantes, onde a alfabetização era considerada uma afronta aos princípios da elite burguesa; a conscientização não era interessante, pois assim, conseguia-se manter o domínio principalmente das classes trabalhadoras.

Freire, utilizado como referencial teórico desta pesquisa contrapõe-se a este modelo tradicional, propondo que haja troca constante e outras formas de mensuração sobre o conhecimento adquirido no processo do aprendizado. A ensinagem surge, então, como conceito e define a ação de ensinar e sua relação sobre o aprender - uma ação desencadeia uma reação; vários outros autores como Danilov (1985), Libâneo (1990), Candau (1986) e Benedito (1995) contribuem para que este modelo dialético de ensino seja fortalecido - “ensinar não se limita à simples transmissão de conteúdo, mas inclui a necessidade de um resultado bem-sucedido daquilo que se pretendia fazer” (PIMENTA & ANASTASIOU, 2002. p. 207).

Quando tomamos os verbos “ensinar” e “aprender” de forma isolada, Freire traz algumas concepções importantes para a melhor compreensão do tema:

Ensinar exige pesquisa e constante aprimoramento, pois toda verdade é absoluta até que esta seja contestada e refutada. Nesta era de avanços tecnológicos e rapidez de comunicação, o bom educador precisa se atualizar constantemente, indagando, buscando e em constante formação, se percebendo como pesquisador. Desta forma, ele se educa, educa os demais, conhece e anuncia a novidade, nutrindo esta cadeia de curiosidade

indagadora, presente em sua rotina, integrante de um ciclo vital de educar e ser educado (PRADO & REIBNITZ, 2016, p. 86).

Para Santos (2001):

O segredo do bom ensino é o entusiasmo pessoal do professor, que vem do seu amor à ciência e aos alunos. Esse entusiasmo pode e deve ser canalizado, mediante planejamento e metodologia adequados, sobretudo para o estímulo ao entusiasmo dos alunos pela realização, por iniciativa própria, dos esforços intelectuais e morais que a aprendizagem exige (SANTOS, 2001. p. 2).

Sobre aprendizagem, para Freire, ela só existe quando os educandos vão se tornando sujeitos ativos na construção e reconstrução do saber, onde professor e aluno são igualmente importantes no processo. O filósofo nos faz refletir que de fato os educadores não formam pessoas, pois elas já possuem conhecimento prévio sobre a realidade. Valorizar e reconhecer, refletir e discutir sobre este conhecimento é que faz de fato com que ocorra a multiplicação (e não transmissão) do saber (PRADO & REIBNITZ, 2016).

Enquanto a formação do profissional em saúde visa obter qualificação para o exercer técnico, o saber científico competente para diagnosticar, conduzir tratamento e assistência adequada ao doente. Além disto, os currículos das Universidades brasileiras, possibilitam o entendimento teórico necessário para que o aluno tenha a reflexão crítica na prática sobre sua condição na sociedade. A responsabilidade adquirida pelo professor universitário ao assumir o papel de educador, portanto, contribui na formação de profissionais competentes que irão atuar no mundo do trabalho, transmitindo saberes para além do técnico e científico, incluindo a ética e responsabilidade social (CARNEIRO, 2018; IV SEMINÁRIO DE POLÍTICAS PÚBLICAS, INTERSETORIALIDADE E FAMÍLIA, 2019).

Carneiro (2018), em sua tese de Doutorado, traz a relevância sobre como o modelo hospitalocêntrico e centrado na doença impacta no processo de ensino-aprendizagem dos cursos da área da saúde, incluindo a valorização do ensino em detrimento da aprendizagem, fortalecendo o controle social, unificação de saberes, e o “paradigma dominante” formativo.

Moreira (1986) considera que para elevar a melhoria da qualidade do aprendizado de ensino superior é necessário ter-se o entendimento sobre quatro pilares principais do processo de ensino-aprendizagem: aluno, conteúdo, escola,

professor. O aluno carrega consigo experiências anteriores, disposição, boa-vontade, capacidade, saúde, e estrutura socioeconômica; é importante que o conteúdo esteja alinhado às dimensões dos alunos, conhecimento que agregue valor e aplicabilidade à prática; a escola é responsável pela liderança, pelo entendimento da essência do processo educacional e o professor deve entender a dimensão do relacionamento, a dimensão cognitiva, ter capacidade inovadora e principalmente, comprometimento com o processo ensino-aprendizagem (SANTOS, 2001).

Para se ter efeito positivo no processo de aprendizagem é necessário que a universidade e o professor conheçam a necessidade dos seus alunos, seu perfil, e encontre métodos de ensino que sejam favoráveis ao desencadeamento de novos conhecimentos, contribuindo de forma efetiva para o ensino e formação.

2.2. Contexto histórico e avanços da enfermagem obstétrica no Brasil

O parir, desde a concepção do entendimento humano sobre o corpo da mulher-mesmo sem entender por completo a sua fisiologia- era respeitado e entendido como função única e desempenhada por ela até a idade média. O verbo *Obstare* (do latim) significa “estar ao lado”, utilizado para descrever e caracterizar o acompanhamento dado pelas parteiras - simbolicamente reservado ao gênero feminino pela característica machista da época (MAIA, 2013) - que acompanhavam a mulher no processo de parturição. Muitos cenários religiosos proibiam a presença masculina no evento, tornando-o uma atividade exclusivamente feminina (RODRIGUES 2019).

A assistência às parturientes era prestada por mulheres consideradas feitiçeiras e curiosas do acontecimento. Seu conhecimento era empírico, construído e repassado de geração em geração, por intermédio das suas experiências e, por isso, creditava-se poder a essas curandeiras, comadres e parteiras sobre o cuidar do parto e puerpério (RODRIGUES, 2019). Mesmo sendo detentoras do conhecimento, as parteiras na época Imperial necessitavam de uma autorização da Chancelaria e uma “carta de exame” concedida pelo Físico-Mor para que o partejar pudesse ser exercido (PIMENTA *et al.*, 2013).

A educação profissional das parteiras foi normalizada no Brasil, somente no século XIX, unido às escolas médicas, que possuíam até a metade do século XX total controle sob sua constituição. No ano de 1832, quando as Academias Médico-Cirúrgicas do Rio de Janeiro e da Bahia foram alteradas para Universidades de

Medicina, foi apresentado o primeiro documento regular sobre o ensino de parteiras (SENA *et al.*, 2012). O parto constitui-se como um evento fisiológico irreversível de uma situação que precisa ser enfrentada (ZANARDO *et al.*, 2017). Essa concepção fisiológica do parto contribuiu por um longo período para que a Medicina se mantivesse distante do processo de parturição (RODRIGUES, 2019).

Anteriormente interpretado como um evento de pouco significado frente à valorização da figura masculina, quando passa a ter a intervenção do gênero, constitui valor à esta prática, caracterizando assim os primeiros atendimentos especializados em Obstetrícia (RODRIGUES, 2019). A instrumentalização da assistência passou a ser empregada, principalmente após a invenção do fórceps por Peter Chamberlem (SEIBERT *et al.*, 2005), acontece paralelamente à valorização profissional da Enfermagem por meio de Florence Nightingale após a Guerra da Criméia, e coloca sobre a assistência obstétrica a ideia de que o parto é um evento extremamente arriscado e por isso, devendo ser controlado, sendo imprescindível o acompanhamento profissional (MEDEIROS; ENDRERS; LIRA, 2015).

Em 1906, nos Estados Unidos, o ato médico *Midwife Problem* atribui as altas taxas de mortalidade materna e perinatal e a alta incidência de infecções puerperais à assistência obstétrica realizada por parteiras, atribuídas à falta de higiene e desinfecção durante a assistência ao parto (MASSARI, 2017). A corporação médica considerava as parteiras prejudiciais à sociedade, pois induzia maiores riscos maternos e mortalidade, da assistência fornecida pelas parteiras (RODRIGUES, 2019). O parto hospitalar e a medicalização desse evento resultaram na perda da autonomia das mulheres como guia do seu processo de parir, deixando que esse acontecimento fisiológico e vital fosse marcado pelo uso abusivo de práticas invasivas, muitas vezes desnecessárias e potencialmente iatrogênicas (VELHO *et al.*, 2014).

No século XX, pela grande influência americana sobre o Brasil e América Latina, com o *Midwife Problem*, a cultura das parteiras passa a se distanciar da assistência obstétrica e o médico passa a ser o ator principal neste evento. O aparelho reprodutor passa a ser visto como uma “máquina” que pode apresentar falhas durante o processo e necessita de um técnico habilidoso para reger seu controle. A partir de então, a assistência obstétrica passa a ser conduzida de forma tecnicista, mecanizada. A utilização da episiotomia, da ocitocina sintética e do fórceps passam a ser soluções rotineiras para a “máquina” que apresentasse “defeitos”. (MASSARI, 2017).

O excesso de intervenções fez com que os aspectos emocionais, humanos e

culturais que o envolvem o nascimento fossem esquecidos, deixando de ser um evento particular que vai além do simples processo de adoecer e morrer (BRASIL, 2017; CAMPOS, 2014). Conforme esse pensamento, Santos (2002) afirma:

A mulher entregou, de forma gradativa, o controle do parto e do nascimento, a manipulação de seus corpos, mas elas não desistiram dos rituais acerca deste processo [...] O processo do parto e do nascimento passou, então, a apresentar uma nova dicotomia: o corpo nas mãos do homem, o espírito na companhia da mulher (SANTOS, 2002 *apud* Rodrigues, 2019, p. 42).

Com a reforma universitária em 1972, a habilitação em EO se torna o único meio de formação de obstetrites no Brasil. Com a padronização do ensino em Enfermagem no Brasil, a extinção das habilitações e a criação dos cursos de especialização em obstetrícia, a assistência especializada e qualificada atribuída ao enfermeiro, o caracteriza como o profissional mais competente para assistir ao parto de risco habitual, porém a medida em que a Enfermagem ganhava o seu lugar na saúde e principalmente na saúde da mulher, métodos agressivos e novas tecnologias eram implementadas à assistência, divergindo do progresso voluntário do parto e nascimento (MASSARI, 2017).

O poder concebido por intermédio do conhecimento empregado pela medicina sobre as mulheres fazia com que estas acreditassem que assistência medicalizada era mais segura e era o melhor cuidado que poderia ser oferecido à mulher e ao seu filho, criando processo de mudança cultural na assistência ao parto e de aceitação desse método havendo uma maior procura pelas maternidades e cesarianas eletivas desde meados do século XX, tornando-se inclusive uma epidemia até o final deste mesmo século (RODRIGUES, 2019).

A estrutura organizada pelo tecnicismo obstétrico começou a sofrer uma revolução a partir dos movimentos sociais de valorização da humanização do parto. Em 1980, a preocupação com a elevação dos índices de mortalidade materna, principalmente por causas consideradas evitáveis: hemorragia pós-parto, infecção puerperal e síndromes hipertensivas; fez com que iniciativas governamentais incentivassem estudos acerca do parto normal na busca de evidências que diminuíssem a incidência de intervenções desnecessárias e manejo adequado das complicações relacionadas ao parto e puerpério (BRASIL, 2017; MASSARI, 2017; RONDELLI, 2019).

O MS reconhece então a enfermagem obstétrica como a profissão que pode

trazer mudanças a este cenário, com foco na humanização da assistência e empoderamento da mulher, promovendo conforto e tranquilidade, retomando a fisiologia do nascer e parir, como antigamente (CASTRO; CLAPIS, 2005).

Com essas mudanças, o MS propõe transformações oriundas à forma de nascer, e com quem nascer, valorizando a enfermagem obstétrica, por meio de iniciativas, como: 1) Criação da Estratégia Rede Cegonha, com a Resolução nº 1.459 de 24 de junho de 2011 (BRASIL, 2011), como uma iniciativa para a transformação da assistência obstétrica; 2) O Programa Nacional de Residência em Enfermagem Obstétrica, uma política que versa a formação de recursos humanos em saúde, com enfermeiros obstétricos (BRASIL, 2012); 3) Criação do CPN, por meio da Portaria nº 11 de 7 de janeiro de 2015, tendo a EO como alicerce da política estruturante do CPN (BRASIL, 2015); 4) Novas diretrizes nacionais de assistência ao parto normal, com as novas recomendações do cuidado com mulheres e recém-nascido (BRASIL, 2017).

Essas iniciativas propostas pelo MS, possibilitaram a valorização da Enfermagem Obstétrica, como especialidade, e cada vez mais necessita a ampliação de diretrizes para fomentar a qualidade do ensino e da formação, em especial da REO. Assim, uma política nacional, e a garantia de cenários acolhedores e profissionais agregadores são essenciais para as mudanças que o MS promove, e assim um novo painel de saúde obstétrica brasileira.

2.3. História e políticas públicas: a formação em Enfermagem Obstétrica

A formação dos profissionais enfermeiros deu-se de forma historicamente feminilizada, onde o conhecimento teórico e prático que norteia a base profissional foi construído majoritariamente por mulheres, hoje reconhecidas pelo seu pioneirismo, criação e capacitação (LOMBARDI; CAMPOS, 2018). Na área da obstetrícia não foi diferente; porém, o conhecimento empírico adquirido de maneira informal, passado de geração em geração pelas parteiras mais experientes, encontrou meios de se transformarem e oferecerem uma assistência de qualidade até os dias atuais (LEISTER; RIESCO, 2013).

Acompanhando esse processo, em meados do século XX o ensino da Enfermagem Obstétrica, passou por inúmeras transformações após a Reforma Universitária Brasileira em 1968, instituindo em 1972, com as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN), a extinção de um currículo mínimo, abordando um novo currículo

de ensino e determinações da duração do curso para a formação em Enfermagem⁶. Essas diretrizes curriculares foram consideradas um grande avanço na época, com as orientações do processo formativo do ensino brasileiro.

Na década de 80, a saúde da mulher passa a ser prioridade na agenda internacional da OMS devido os altos índices de morbimortalidade materna e perinatal e promovendo a revalorização da fisiologia do nascimento como meta, a autonomia da mulher e incentivando a redução do número de intervenções. Para a Organização Panamericana de Saúde - OPAS/OMS (CENTRO LATINO-AMERICANO DE PERINATOLOGIA, 2014) o objetivo central para a redução da morbidade e mortalidade materna é “assegurar que haja um profissional qualificado presente em todos os nascimentos e que toda mulher tenha acesso a serviços e práticas qualificadas” (RONDELLI, 2019, p. 39).

O ensino da EO no Brasil sempre acompanhou as necessidades vivenciadas pelo país, no que se refere principalmente ao modelo assistencial. Para entender o processo formativo e as mudanças que o regeram, é necessário compreender o contexto histórico da saúde da mulher e na formação brasileira, com importante etapa dessas transformações.

Nesta época no Brasil, o movimento feminista ganha força e mulheres reivindicam por melhorias de condições de saúde em todos os ciclos da vida, questionando sua condição de direito, com necessidades para além do ciclo gravídico puerperal. Assim, “o avanço do movimento (feminista) fez do eleitorado feminino um alvo de interesse partidário e de seus candidatos, que começaram a incorporar as demandas das mulheres aos seus programas e plataformas eleitorais” (MOUTA, 2014, p. 55).

Em conjunto com a formulação do SUS, o MS promove a criação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) propondo descentralização e hierarquização dos serviços e equidade da atenção, garantindo uma melhor assistência e de forma completa à saúde destas mulheres. (SANTOS; ARAÚJO, 2016).

Em 1994, a especialização em Obstetrícia passa a ser realizada somente por meio dos cursos de pós-graduação *latu-sensu* e a formação de enfermeiro generalista

⁶ Parecer nº 163/72 do CFE aprova o projeto que fixa os mínimos de conteúdo e duração do Curso de Graduação em Enfermagem e Obstetrícia (BRASIL, 1972).

foi reformulada, mediante a Portaria n 1.721 de 15 de dezembro de 1994, estipulando tempo mínimo de formação de oito a doze semestres (PEREIRA; MOUTA; BARBOSA, 2018). Esse fato constitui um importante marco regulatório para a formação no país e garantiu a necessidade de ampliação de processos formativos, em prol de uma educação crítica, reflexiva e transformadora.

Desde os anos 90, o MS/SUS vem promovendo iniciativas voltadas para a melhoria da qualidade e indicadores da assistência obstétrica e perinatal, que estimularam a inserção de enfermeiras obstétricas nas maternidades públicas. Entre 1999 e 2004, foram financiados 76 cursos de Especialização em Enfermagem Obstétrica no país, qualificando 1366 enfermeiras obstétricas (COSTA; SCHIRMER, 2012). Mas, estes cursos apresentavam grandes obstáculos do ensino prático, comprometendo a aquisição de habilidades técnicas e competências necessárias para assistência obstétrica, decorrente dos fatores restritivos das persistências das estruturas hegemônicas do modelo obstétrico (PEREIRA; NICÁCIO, 2014).

Torna-se como principal desafio desenvolver e implementar reais transformações nas práticas educacionais dos docentes de acordo com a pedagogia freiriana, que exige uma importante ressignificação do papel do professor e preceptor no ensino da EO. Para isto, de acordo com os pressupostos da educação problematizadora, é imprescindível compreender e reconhecer os significados dos sujeitos envolvidos acerca de determinado tema, como os residentes (CHIARELLA *et al.*, 2015).

Com a Criação do Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN), pela Portaria nº 569 de 01 de junho de 2000, como parte da agenda estabelecida pelos 8 Objetivos de Desenvolvimento do Milênio - ODM (ONU, 2021) das Organização das Nações Unidas (ONU) - 2015; constituiu também um ponto de partida para uma nova abordagem de ensino na EO, visando a redução de intervenções, número de morbimortalidade materna e perinatal, além de promover sempre maior acesso humanizado e qualificado à assistência, com o objetivo 5 do ODM (SANTOS; ARAÚJO, 2016; PEREIRA; MOUTA; BARBOSA, 2018), com uma prática crítico e reflexiva às novas demandas de saúde e da sociedade. Desse modo, Rondelli (2019) aponta que:

os avanços obtidos na Enfermagem e suas especialidades decorreram dos progressos e da compreensão multifatorial e multicausal do estado de saúde das populações, influência das mudanças no processo de saúde-doença, da

transição epidemiológica, do crescente nível de complexidade dos pacientes e das necessidades das populações e dos serviços de saúde (RONDELLI, 2019, p. 31)

Em 2001, com o Parecer 1.133 do Conselho Nacional de Educação (CNE), (BRASIL, 2001) torna-se possível o reconhecimento de uma maior articulação entre o ensino e saúde, potencializando o contexto de inserção, visando a formação de enfermeiros com pensamento crítico, reflexivo, ético, político e humanístico com competência e habilidades de amplo conhecimento da enfermagem e saúde (ITO et al., 2006), que tem como base os pensamentos de Paulo Freire (2013; 2019a; 2019b).

Posteriormente, as ações governamentais também passaram a ordenar a formação e a capacitação profissional na área da saúde, com base nos princípios do SUS, e foram estabelecidas regulamentações para cursos na modalidade de residência, como a Lei nº 11.129, de 30 de junho de 2005, que criou a Residência em Área Profissional de Saúde e a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde, vinculadas ao MEC (PEREIRA; NICÁCIO, 2014).

Em 2011, o contexto da saúde obstétrica necessita de promoção de políticas públicas transformadoras, e com a Portaria nº 1.459 de 24 de junho, instituiu a Estratégia Rede Cegonha no SUS, dando a garantia ao acesso; assistência segura; humanizada e qualificada desde a gestação até os primeiros meses após o nascimento do bebê (SANTOS; ARAÚJO, 2016).

Para que mais profissionais de saúde estivessem qualificados a assistir esse binômio em sua totalidade, o MS em parceria com o MEC lançou um novo incentivo no ensino e na formação de EO, por meio do PRONAENF, articulado com a RC/MS/SUS, do qual instituiu a operacionalização de uma especialização em EO na modalidade de residência, de caráter nacional fornecidas pelas IES; com o propósito de formação de profissionais comprometidos, potencializando uma mudança na assistência, com o incentivo ao parto normal e melhoria dos indicadores de saúde materna e infantil no país (PEREIRA *et al.*, 2018).

O PRONAENF incentiva a formação de especialistas na modalidade residência profissional por meio do fomento da inserção qualificada das enfermeiras para atuar no cuidado à saúde da mulher nos processos de saúde reprodutiva, pré-natal, parto e nascimento, ao puerpério e família, orientadas pelas boas práticas e evidências científicas, assim como pelos princípios e diretrizes da Rede Cegonha e do SUS (BRASIL, 2012).

A formação de novos EOs constitui um elo para a transformação do cenário obstétrico mundial, em especial o brasileiro. A formação na modalidade residência fornece subsídios para a construção de competências e habilidades que permitem que o objetivo transformador seja atingido. Assim, Lima *et al.* (2017) observa que a competência é a real capacidade de aplicar conhecimentos específicos, habilidades, atitudes e valores para o padrão de desempenho exigido em contexto específico; a aquisição e consolidação de competências vão-se construindo gradativamente ao longo do percurso formativo, sendo, portanto, um fenômeno evolutivo, que se concretiza conforme os enfermeiros conseguem mobilizar os conhecimentos adquiridos.

O *International Confederation of Midwives* apresenta quatro categorias essenciais de competências essenciais do enfermeiro obstetra: competências gerais atribuídas ao cuidado de enfermagem; cuidado pré-natal; cuidado intraparto e cuidado pós-parto do binômio, podendo ser utilizado para avaliação periódica da prática profissional bem como pode ser uma referência individual para o profissional da área (ABENFO, 2019).

Atualmente, os processos de ensino-aprendizagem têm como proposição novas metodologias, alinhadas às diretrizes e recomendações para a formação de enfermeiros obstétricos, como a proposta de Souza; Filho Santos (2020) quer trazer a formação-intervenção. Essa modalidade metodológica pontua que a principal finalidade é a ampliação da rede de sujeitos com maior capacidade de intervir nos modos de gerir e de cuidar em saúde obstétrica. Esse referencial traz o trabalho, com a realidade dos serviços e vínculos que os profissionais estabelecem nele, como elementos essencialmente constituintes no processo formativo, ampliando a capacidade de análise e intervenção baseadas nas demandas reais do trabalho e reconhecimento das necessidades dos usuários.

2.4. A Enfermagem na transformação do modelo assistencial obstétrico

A enfermagem obstétrica desempenhou em toda sua trajetória e desempenha até os dias atuais, um importante papel na humanização do parto e na luta contra a extinção da visão que se criou em torno dele, viabilizando o abandono das intervenções obstétricas desnecessárias que muitas vezes causam danos irreversíveis à mãe e ao bebê. Para acompanhar os avanços na prática de modo que

estejam amplamente qualificados e competentes a lidar com as diversas situações de saúde, devem acompanhar o desenvolvimento da Enfermagem como ciência de acordo com a realidade de onde atuam (RONDELLI, 2019).

Desde a década de 1990 o MS faz investimento na formação de Enfermeiros Obstétricos para atuação nos serviços do SUS como estratégia para a concretização da mudança do modelo de atenção obstétrica no país. Anteriormente, uma profissão que somente detinha a habilitação, como processo formativo, mas com o avanço dos processos de ensino e formação em saúde, esta modalidade foi extinta em 1994, trazendo mudanças nos currículos de graduação em enfermagem, focando na formação do enfermeiro generalista e instituindo a formação na modalidade *lato sensu* pelos cursos de especialização (PEREIRA; MOUTA; BARBOSA, 2018). A ONU aponta que investir na força de trabalho da saúde com foco na atenção qualificada ao parto é ponto chave para o alcance da Agenda 2030 e dos ODS (ONU, 2020).

Apesar de ter havido a formação por meio das habilitações nos anos de 1970 e de 1980, houve também barreiras institucionais e falta de incentivo político para a atuação destas enfermeiras na assistência ao parto normal, o que aprofundou o quantitativo deficitário destas profissionais e contribuiu para consolidar a hegemonia deste modelo (intervencionista, tecnicista, medicalizado) assistencial no país (PEREIRA; NICÁCIO, 2014).

Acompanhando as transformações políticas e econômicas que acontecem no país, a OMS recomenda que, para haver a redução dos números de mortalidade materna, é necessário garantir que haja um profissional competente em todos os nascimentos e que todas as mulheres tenham acesso a serviços e práticas qualificadas (RONDELLI, 2019). Em 1988, a taxa de cesarianas eleva de forma rápida e desgovernada, a iniciativa da formação por novos profissionais especialistas fomenta a criação da Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento, parte também dos ODS em 2000 que também foram assumidos pelo Brasil (PEREIRA; MOUTA; BARBOSA, 2018).

Em 2003, com a intenção do governo de oferecer vagas multiprofissionais para o máximo de categorias profissionais, como forma de incentivar o trabalho em equipe e a construção da integralidade do cuidado na formação em saúde, foi criada a Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (SGTES), secretaria do MS, com o objetivo de gerir especificamente a formação de recursos humanos em saúde. Desse modo, em 2005, a Lei nº 11.129 de 30 de junho e a Portaria Interministerial

MS/MEC nº 2.117 de 3 de novembro, instituem a Residência Multiprofissional em Saúde e a Residência em Área Profissional da Saúde (2019). Os autores trazem as diferenças das residências:

As Residências em Saúde em Área Profissional, nas modalidades Multiprofissional, Uniprofissional, ou, ainda, Integradas, se configuram como um convite para a formação dos profissionais de saúde, no Brasil, para o SUS. Nessa formação, não se pensa apenas no ser profissional, mas no ser sujeito histórico, cidadão que se implica nos processos sociais vivenciados. Essa implicação deve ser facilitada por uma formação voltada para a transformação da realidade e para o enfrentamento dos dilemas e desafios colocados cotidianamente (TORRES *et al.*, 2019, p. 2)

Especificamente na área da Enfermagem Obstétrica, as medidas governamentais de incentivo para a formação de enfermeiros especialistas, além de visarem à redução do déficit estrutural no país, articulam-se com os objetivos de criação da Rede Cegonha em 2011 no intuito de assegurar o direito ao planejamento reprodutivo e a atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e desenvolvimento saudáveis (PEREIRA *et al.*, 2018).

Em 2012, na intenção de provocar mudanças neste modelo de assistência obstétrica vigente e estimular a inserção da enfermeira obstetra nas maternidades públicas no país, surge o Programa Nacional de Residência em Enfermagem Obstétrica, uma ação estratégica que visa a qualificação da assistência às mulheres nos seus processos de saúde reprodutiva, assim como o aumento do contingente de profissionais orientados pelas evidências científicas, diretrizes do SUS e nas recomendações da Rede Cegonha, Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher e Pacto pela redução da Mortalidade (REIS; QUADROS, 2017).

Para Dias; Vieira (2019), é necessário que o profissional se especialize para fornecer qualidade de cuidados. Para que isso se estabeleça, existe uma modalidade de pós-graduação *latu sensu* em forma de residência de enfermagem que consiste em garantir o acolhimento ao parto, sendo a atuação do enfermeiro residente importante por tornar o parto mais confortável à parturiente por abranger conhecimentos técnicos científicos.

Apesar de todos os incentivos, um dos principais desafios enfrentados no ensino da Enfermagem Obstétrica ocorre pela contradição entre o paradigma norteador do currículo pautado na humanização do cuidado e o paradigma assistencial dominante,

intervencionista e medicalizado. Esse conflito pode interferir na qualidade de formação da enfermeira obstétrica, especialmente no que tange à assistência ao parto normal (SILVA *et al.*, 2020).

Por anos, a formação profissional em saúde foi também acompanhada pelas “heranças” que o modelo hegemônico de educação deixou, fazendo uma fragmentação do saber, a teoria da técnica, o corpo da mente, a razão do sentimento e a ciência da ética, destacando a eficiência técnica como a ciência especializada. Essa separação, inclusive do homem para com o seu corpo, valorizando os saberes científicos e empíricos, refletiu também na prática docente e na transmissão de saberes, na academia, o saber técnico não era incorporado às necessidades da sociedade, formando assim, profissionais tecnicistas e intervencionistas (PRADO & REIBNITZ, 2016).

A estrutura pedagógica da formação e do ensino-aprendizagem dos residentes concilia o segmento teórico, composto por disciplinas que proporcionam a apropriação do conhecimento científico, com um extenso segmento prático que permite, por meio da aproximação com os cenários profissionais, adquirir habilidades e saberes subjetivos resultantes das experiências vividas (PEREIRA *et al.*, 2018), e tornam-se necessários a ampliações de discussões para uma formação qualificada, com utilização de teorização para possibilidade de um senso crítico e reflexivo para as reais mudanças necessárias na assistência obstétrica no país, com o emprego da pedagogia da problematização de Paulo Freire e seu processo de ensino aprendizagem (FREIRA, 2013; 2019a; 2019b).

A formação do enfermeiro residente é regida por recomendações técnicas que norteiam a formação crítica, reflexiva, ética, política e humanística, como levantado por Freire (2013; 2019a) encarando a gravidez, parto e nascimento como acontecimentos naturais, resgatando a fisiologia do nascer como premissa para uma assistência respeitosa e capacitada (COFEN, 2013). Destaca-se que a adoção do modelo humanizado em instituições de saúde implica não só em mudanças na assistência das enfermeiras obstétricas aos partos normais de risco habitual, mas também na modificação da cultura hospitalar, cujas rotinas assistenciais devem atender às necessidades individuais da mulher e de sua família (SANTOS; NICÁCIO; PEREIRA, 2017).

Um estudo realizado com egressas do curso de especialização na modalidade residência por Pereira *et al.* (2018) reforça a importância do preparo das enfermeiras

obstetras para situações de risco como a emergência, devendo o programa de ensino promover o desenvolvimento dessas competências. Reis; Quadros (2017), por meio de um relato de experiência, evidenciou a necessidade de esclarecimentos às equipes que irão receber os residentes de EO quanto ao seu papel e objetivo nos serviços de saúde. A maneira como estes profissionais são inseridos nos cenários de atenção obstétrica interferem não apenas na maneira como se integram a equipe, mas também na otimização do processo de educação permanente em saúde em desenvolvimento no país.

Apesar dos desafios encontrados em campo, um estudo conduzido por Santos et al. (2017), por intermédio de um estudo sobre a assistência prestada por residentes de enfermagem obstétrica numa maternidade pública no Rio de Janeiro, concluiu que as enfermeiras residentes, quando realizam estas práticas (*humanizadas*) em seu cenário de formação, estão adquirindo habilidades conducentes para uma assistência qualificada e que se contrapõe ao modelo medicalizado. Deste modo, ao reproduzirem boa parte das práticas recomendadas pela OMS e do MS, elas também estão contribuindo com a mudança do modelo assistencial obstétrico nos hospitais públicos.

Rondelli (2019) cita uma pesquisa conduzida em 2014 pelo UNFPA, ICM e OMS, a qual aborda que a enfermagem obstétrica deve ser qualificada para agir conforme as competência e padrões internacionais, e assim, possuir competência para atender a cerca de 90% das necessidades dos serviços de atenção obstétrica e neonatal dos serviços de saúde perinatais (CENTRO LATINO-AMERICANO DE PERINATOLOGIA, 2014), porém esta categoria profissional corresponde a apenas 36% dos profissionais em atuação na área, necessitam de formação em saúde ampliada, para assim, garantir um cuidado qualificado.

Massari (2017), em seu estudo sobre o quantitativo necessário de enfermeiras obstétricas e obstetras para a atenção ao parto e nascimento de risco habitual no Brasil, estimou que o país necessita de pelo menos dez mil enfermeiras obstétricas e obstetras para atender cerca de 70% de partos normais. Desse modo, se torna necessária a ampliação da formação em saúde, de programas de especialização, principalmente, na modalidade de residência, a qual fornece mais subsídios para o desenvolvimento técnico e científico do profissional.

2.5. Processos de trabalho da enfermagem obstétrica: competências, legislações e recomendações

O movimento feminista e seu engajamento no Brasil trouxe à tona discussões acerca da limitação sobre a assistência à mulher, reduzindo-a somente como relevante durante o ciclo gravídico-puerperal, havendo desamparo na maior parte de sua vida. Além disto, discrepâncias e preconceitos no tratamento diferenciado entre gêneros corroboraram para propor novos processos políticos que promovessem mudanças na sociedade e na qualidade de vida da população (BRASIL, 2004). Segundo Mouta:

A presença de mulheres nos espaços, sendo feministas ou não, faz com que ocorram modificações nas práticas sociais, quer pela sua presença, que faz um contraste com a presença de homens, ou por simplesmente ter um canal de aproximação com os movimentos feministas, podendo acontecer por mútua procura ou por indagações ocorridas dentro do sindicato, independente de qualquer contato efetivo com o feminismo organizado (MOUTA, 2014, p. 71).

Com o fortalecimento dos movimentos sociais e organizações oficiais, as conquistas no campo profissional de Enfermagem foram favorecidas e tinham como finalidade inserir a profissão na luta pelo direito universal à saúde para a população durante a construção e formulação do SUS na reforma sanitária; pela qualidade da assistência e por condições dignas de trabalho. Entre elas, se destacam a Associação Brasileira de Enfermagem (ABEN) e os Conselhos de Enfermagem (LIMA *et al.*, 2017).

Os movimentos sindicalistas, especialmente no Rio de Janeiro na década de 80, foram de fundamental importância para unir os interesses e aliar experiências dos trabalhadores à necessidade de formulação de alternativas para o desenvolvimento político e econômico que visse a sustentar as reivindicações destes trabalhadores (MOUTA, 2014).

Na história da consolidação da Enfermagem como profissão alguns marcos históricos foram importantes para a construção e fortalecimento do exercício profissional do enfermeiro. Em 1986, o país sanciona a Lei nº 7.498 de 25 de junho; posteriormente, o Decreto nº 94.406, de 08 de junho de 1987; caracterizando o primeiro respaldo legislativo do exercício da Enfermagem, conferindo autonomia ao enfermeiro obstétrico a tomada de decisões pertinentes à saúde da mulher- uma conquista do Conselho Federal de Enfermagem; Conselhos Regionais de Enfermagem e associações, como a ABEN. A Lei confere atribuições assistenciais a

nível de atenção básica e hospitalar de baixo risco⁷ pela enfermagem, com a assistência de enfermagem à gestante, parturiente e puérpera; ao acompanhamento da evolução do trabalho de parto e execução do parto sem distocia. (COFEN, 1986).

Ao profissional com a especialidade de enfermagem obstétrica, a assistência ao parto normal e à parturiente, identificação de distocias e tomada de providências até a chegada do médico, realização de episiotomia, episiorrafia e aplicação de anestesia local, quando necessária, torna competência legal do seu exercício. Por meio da LEPE, a ABENFO ganhou forças para abranger como associados as obstetras e enfermeiras obstétricas, podendo representá-las no processo de humanização no decorrer de sua historicidade (MOUTA, 2014).

Outro importante marco na consolidação do profissional enfermeiro como parte ativa na assistência à saúde aconteceu por meio da elaboração da nova Constituição Federal pela Lei 8.142, 05 de outubro de 1988 que institui o SUS, por meio da Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990, garantindo a luta dos profissionais à luta da redemocratização do país (BRASIL, 1990).

Nessa mesma década, houve também muitas discussões voltadas para atenção ao parto. Mouta; Progianti (2017):

As críticas internacionais e nacionais giravam em torno do autoritarismo dos médicos, inclusive questionando a cientificidade de suas tecnologias e intervenções utilizadas no parto como rotina. Tanto que, a Organização Pan-Americana da Saúde e os escritórios regionais da Europa e das Américas da Organização Mundial de Saúde realizaram três conferências de consenso, enfatizando os direitos da população em relação à assistência pré-natal e à informação sobre as várias tecnologias utilizadas no parto, descrevendo o papel das instituições de saúde em relação ao nascimento e fazendo críticas ao modelo biomédico. Ressaltamos que uma delas, a segunda, em 1985, foi realizada em Fortaleza, Brasil. Até o lançamento do projeto *Safe Motherhood* (Maternidade Segura), que objetivava uma melhoria na assistência obstétrica e a redução das taxas de mortalidade (PROGIANTI, 2017, p. 2).

Em 1992, no Rio de Janeiro, criou-se a Associação Brasileira de Obstetras e Enfermeiras Obstetras, com o propósito de lutar pelos direitos à saúde; à cidadania e ao respeito das mulheres; pelo enfrentamento da mortalidade materna; fortalecimento do exercício e da autonomia da enfermagem obstétrica; como o processo de trabalho e na formação dos enfermeiros obstétricos, com base nas competências

7 Hoje conferido a classificação de risco habitual, pela literatura científica.

internacionais; embasadas na humanização e evidências científicas (MOUTA; PROGIANTI, 2017).

O advento das especializações, das lutas profissionais para a elaboração de currículos que garantissem a qualidade da formação do enfermeiro obstetra, é vista a necessidade da união entre as classes de parteiras e obstetrias para que as conquistas já recebidas pela classe tivessem continuidade em sua luta. Não à toa, a antiga Associação Brasileira de Obstetrias, passa a ser reconhecida posteriormente, denominada ABENFO (MOUTA, 2014).

A formação da enfermagem obstétrica se estabelece então como mecanismo de qualidades, sustentada nas competências e habilidades profissionais, para o exercício profissional que sustente uma tomada de decisão, de forma a garantir maior qualidade e segurança para mulheres e recém-nascidos.

Dessa forma, a construção de competências profissionais está vinculada à aquisição de habilidades apropriadas para a realização de uma determinada atividade profissional ou a capacidade para decidir, utilizando a sua capacidade de conhecimentos adquiridos. Assim, a competência está articulada como uma combinação complexa de habilidades e capacidades, resultante de uma síntese conceitual e funcional de aspectos teóricos, ligados aos conteúdos disciplinares e à experiência atual (CAMELO; ANGERAMI, 2013).

A competência pode, ainda, estar associada ao desempenho reconhecido ao conhecimento (conjunto de informações assimiladas e estruturas), habilidades (o saber como fazer alguma atividade, representando a capacidade do indivíduo de utilizar em seu favor, de maneira produtiva, por meio dos seus conhecimentos por meio de uma ação cotidiana) e atitudes (predisposição do sujeito para reagir a um estímulo) que resultam em desempenho profissional (NASCIMENTO; SOUZA; ADAID-CASTRO, 2020).

Lima *et al.* (2017) afirma que:

Competência é definida como a capacidade de aplicar conhecimentos específicos, habilidades, atitudes e valores para o padrão de desempenho exigido em contexto específico. A aquisição e consolidação de competências vão-se construindo gradativamente ao longo do percurso formativo, sendo, portanto, um fenômeno evolutivo, que se vai concretizando conforme os discentes conseguem mobilizar os conhecimentos adquiridos (LIMA *et al.*, 2017, p. 1111).

No âmbito internacional, algumas instituições também colaboraram para a consolidação dos serviços em obstetrícia no Brasil: ICM, NICE, OMS e a Federação Internacional de Ginecologistas e Obstetras (FIGO) subsidiaram a elaboração de condutas e recomendações da assistência obstétrica brasileira.

O ICM considera que os três pilares fundamentais são:

a educação, para prover força de trabalho qualificada e competente; a regulação das atividades profissionais; e a organização dos membros em uma associação fortalecida. A Confederação desenvolveu documentos essenciais nessas três esferas de atuação, com o objetivo de promover e desenvolver a profissão e trabalhar para a melhoria da saúde das mulheres em nível global (CINTRA; RUESTO, 2019, p. 2).

A ABENFO, com base nas recomendações do ICM, descreve requisitos mínimos que profissionais enfermeiros devem apresentar para prestar uma assistência de qualidade. O documento foi elaborado pela primeira vez em 2002 e desde então passou por algumas atualizações, como em 2012, tendo a última em 2018. No entanto, o conjunto de competências é agrupado em quatro domínios principais desde a sua elaboração, sendo eles: competências gerais, específicas para a atenção pré-natal, específicas para a atenção durante o parto, específicas para a atenção contínua de mulheres e recém-nascidos (ICM, 2018), como exemplificadas na **imagem 1**, com as competências de 2013.

Imagem 1 - Domínios das competências de EO de acordo com ABENFO e ICM, 2013.

Domínio	Competências
Competências no contexto social, epidemiológico e cultural dos cuidados maternos e ao recém-nascido	Fortalecer conhecimentos e competências necessários de obstetrícia, neonatologia, ciências sociais, saúde pública e ética, que constituem a base de cuidados adequados, culturalmente relevantes e de alta qualidade a mulheres, recém-nascidos e famílias.
Competências na prestação de cuidados durante o trabalho de parto e o parto	Ofertar cuidados de elevada qualidade e culturalmente sensíveis durante o parto, conduzindo um parto limpo e seguro e resolvendo determinadas situações de emergência para maximizar a saúde das mulheres e dos seus filhos recém-nascidos.
Competências para a prestação de cuidados as mulheres durante o período pós-parto	Ofertar às mulheres cuidados pós-parto abrangentes, de alta qualidade e culturalmente sensíveis.
Competências nos cuidados pós-parto ao recém-nascido	Ofertar cuidados abrangentes e de alta qualidade a bebês essencialmente saudáveis desde o nascimento.
Competências para a prestação de cuidados às mulheres em situação de abortamento (*)	Ofertar cuidados culturalmente sensíveis e individualizados para mulheres em situação de aborto, que requerem ou vivenciem interrupção ou perda da gravidez que sejam congruentes com as leis e regulamentos aplicáveis e de acordo com os protocolos nacionais.

Fonte: SOUZA et al., 2019.

No Brasil, com o intuito de promover o desenvolvimento de competências relacionadas ao ICM, os cursos de enfermagem obstétrica, sob a modalidade de residência, constituíram uma carga horária teórica e prática, que visa a formação de enfermeiros obstétricos com perfil humanístico e ético, capazes de fortalecer a saúde da população materna e neonatal, como preconizado pela OMS, MS (LIMA *et al.*, 2017), caracterizando um proposta pedagógica para a aquisição cotidiana de habilidades e competências que versam com as recomendações do ICM, conforme o **quadro 1**, com a participação dos residentes, junto a professores, tutores e preceptores nos campos formativos no processo de ensino-aprendizagem.

Quadro 1 - Domínios das competências de EO de acordo com ABENFO e ICM, 2018.

DOMÍNIO	COMPETÊNCIAS
Competências Gerais	Assumir responsabilidade nos processos de tomada de decisão e de ação como profissional autônoma; Assumir responsabilidade no autocuidado e no autodesenvolvimento profissional como obstetriz; Delegar aspectos do cuidado de modo apropriado e fornecer supervisão; Apoiar pesquisas que forneçam suporte para a prática; Defender os direitos humanos fundamentais dos indivíduos ao fornecer cuidados em obstetrícia; Aderir às leis de jurisdição, aos regulamentos e aos códigos de conduta para a prática da obstetrícia; Viabilizar escolhas individuais da mulher sobre cuidado; Demonstrar comunicação interpessoal eficaz com mulheres, famílias, equipes de saúde e grupos comunitários; Viabilizar processos de parto normal em ambientes institucionais e comunitários, incluindo domicílios; Avaliar estado de saúde, detectar riscos e promover bem estar geral de saúde das mulheres e bebês; Prevenir e tratar problemas comuns de saúde relacionados à reprodução e à primeira infância; Reconhecer anomalias e complicações e instituir tratamento apropriado e encaminhamento; Cuidar de mulheres que sofrem violência física e sexual e abuso.
Pré-natal e Planejamento Reprodutivo	Prestar cuidado pré-concepcional; Determinar estado de saúde da mulher; Avaliar bem-estar fetal; Monitorar a progressão da gestação; Promover e apoiar comportamentos de saúde que melhoram o bem estar; Fornecer orientação antecipatória relacionada à gravidez, parto, amamentação, parentalidade e mudanças na família; Detectar, estabilizar, conduzir e encaminhar mulheres com gestações complicadas; Ajudar a mulher e sua família a planejar local de nascimento apropriado; Fornecer cuidado às mulheres com gestações indesejadas ou não planejadas;
Cuidado durante o trabalho de parto e parto	Encorajar trabalho de parto e parto fisiológicos; Conduzir parto vaginal espontâneo e prevenir complicações; Prover cuidado ao recém-nascido imediatamente após o parto.
	Fornecer cuidado pós-parto à mulher em boas condições de saúde; Fornecer cuidado ao recém-nascido saudável;

Cuidado contínuo de mulheres e recém-nascidos	Promover e apoiar o aleitamento materno; Detectar, tratar e estabilizar complicações pós-parto e encaminhar, se necessário; Detectar, estabilizar e manejar problemas de saúde do recém-nascido e encaminhar, se necessário; Fornecer serviço de planejamento reprodutivo.
---	---

Fonte: MOURA, 2021.

As competências e habilidades são desenvolvidas no decorrer do processo formativo por meio das experiências profissionais, construindo EOs humanizados de acordo com o padrão de desempenho em prática clínica preconizado pela OMS e MS (LIMA *et al.*, 2017). Estas habilidades, associadas à padrões nacionais e internacionais de prestação de serviço e satisfação do usuário, constroem a excelência do cuidado. Além disto, as competências propostas pelo ICM são utilizadas como base e como monitoramento de diretrizes de avaliação da prática clínica das enfermeiras em formação pelos cursos de especialização em obstetrícia no Brasil desde 2007 (SOUZA *et al.*, 2019).

Parte do processo que norteia a qualidade do serviço assistencial está relacionado às publicações de diretrizes nacionais e internacionais. Neste sentido, o *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE), recomenda certas condutas de cuidado relacionado à saúde da mulher para fornecer à mesma a chance de tomar decisões informadas sobre o seu processo de parto e puerpério, assegurando cuidado humanizado e respeitoso. As recomendações vão ao encontro do documento do ICM trazendo atualizações no cuidado intraparto para a mulher e recém-nascidos saudáveis, tendo sua última atualização no ano de 2017 (NICE, 2017).

No mesmo sentido, a FIGO trabalha juntamente com outras entidades internacionais para assegurar a maternidade segura, o cuidado pré-natal e puerperal à mulher, fornecendo atualizações essenciais para assistência profissional personalizada e recomendações que garantam as metas de qualidade do cuidado, prevenindo assim causas evitáveis de morte materna, redução no número de cesáreas no mundo inteiro e conseqüentemente reduzindo o índice de mortalidade materna global. Acredita-se também que, para atingir estes objetivos, a parceria entre médicos e enfermeiros obstétricos é fundamental (FIGO, 2021), e para isso torna-se necessário cada vez mais o aprimoramento profissional com base em competências e habilidades.

É importante ressaltar que o cuidado em saúde é regido por uma constância na atualização de práticas que acompanham as necessidades da população. Atualmente

trabalhamos com a prática baseada em evidências, a qual diariamente se modifica transformando o modelo assistencial. Com a grande variabilidade de práticas clínicas de acordo com a publicação destas novas evidências, há um maior risco de exposição à segurança de mulheres e seus filhos por uma possível inadequação na assistência e suas necessidades (BRASIL, 2017).

Por essa razão, o MS, juntamente com algumas associações de profissionais médicos e enfermeiros e mulheres, aprovam, por meio da Portaria nº 353 de 14 de Junho de 2017, as Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto normal com o intuito de alinhar a atuação profissional para retomar o parto normal como evento fisiológico tendo a menor quantidade de intervenções possíveis, garantindo a segurança da assistência humanizada ao binômio mãe-filho. Neste documento, encontram-se subsídios e orientações a todos os envolvidos no cuidado, visando promover, proteger e incentivar o parto normal (BRASIL, 2017).

Em 2018, a OMS, junto com os seus parceiros e pesquisados de seus países signatários, contribuíram com as novas Diretrizes para padrão de cuidado das mulheres e recém-nascidos. Essa diretriz atualizada, abrangente e consolidada sobre cuidados essenciais durante o parto reúne recomendações novas e existentes, que faz parte de um pacote de recomendação, para garantir a qualidade do atendimento com base em evidências, independentemente do ambiente ou nível de atenção à saúde. A diretriz destaca a importância do cuidado centrado na mulher para otimizar a experiência trabalho de parto e parto para mulheres e seus bebês através de uma abordagem holística baseada sobre direitos humanos. Apresentar um modelo atendimento global durante o parto que considera a complexidade e heterogeneidade dos modelos cuidados prevaletentes e prática atual (WHO, 2018).

Estas diretrizes e recomendações fomentam pela primeira vez de forma documental as recomendações sobre a humanização da assistência ao parto normal no Brasil, fornecendo considerações importantes no que diz respeito à retomada do protagonismo feminino e da redução do número de intervenções durante o processo. Somado a isto, a NICE traz em 2017 atualizações quanto à indicadores que influenciam no cuidado intraparto que forneça segurança para a mulher e seus RN.

As recomendações intraparto quanto à importância da comunicação, medidas de assepsia para o parto vaginal, dieta durante o trabalho de parto, avaliação do bem-estar fetal e alívio da dor no trabalho de parto, estão alinhados entre OMS, MS, ICM, NICE e FIGO, trazendo assim evidências suficientes para dar suporte à educação em

saúde no Brasil e formação de profissionais capacitados para o cuidado atualizado e humanizado em obstetrícia.

A assistência prestada por enfermeiros obstétricos é regulamentada e normatizada pelo Conselho Federal de Enfermagem (LIMA *et al.*, 2017). No âmbito de iniciativas para regulamentação da EO, o COFEN instaurou em 2012 a Comissão Nacional de Saúde da Mulher, sob a coordenação do departamento de exercício profissional de enfermagem. Essa comissão tem 5 membros permanentes, de caráter consultivo, analítico, propositivo e normativo para o exercício profissional da enfermagem obstétrica. Por meio desta comissão se começou em caráter nacional, a criação dos Grupos Técnicos (GT), Comissões ou Câmaras Técnicas de Saúde a Mulher de cada Conselho Regional, com o propósito de uma rede de apoio interinstitucional, tendo o Conselho Regional de Enfermagem de Minas Gerais pioneiro na criação da CT. E, a partir desse momento, a Comissão Nacional do COFEN começou a articular politicamente a criação de cada Câmara Técnica em cada Estado brasileiro; com proposições em âmbito do COFEN, Resoluções, normativas e parecer técnicos fomentando a prática da EO brasileira.

Visando o respaldo legal e a equidade no serviço obstétrico, em 2013, a Comissão Nacional de Saúde da Mulher lança recomendações sobre a formação em enfermagem obstétrica, tendo como pilares três principais temáticas: modelos assistenciais e sua relação com a formação; conteúdo programático e sua interface nas dimensões teóricas, teórico-práticas e práticas; e os marcos regulatórios para o exercício profissional da enfermagem obstétrica e sua relação com a formação (COFEN, 2013).

A partir de então, os cursos de pós-graduação para a formação de novos profissionais passam a ter embasamento técnico para a formação de qualidade. Formação a qual se faz imprescindível para o nivelamento da capacidade técnica dos novos EO diante das necessidades da população e que irão contribuir para a mudança do modelo tecnicista e centralizador que se apossou da cultura do parir.

O COFEN, juntamente com os Conselhos Regionais de Enfermagem (COREN), é responsável por normativas e documentos que ressaltam e legitimam a atuação do EO no Brasil, como por exemplo:

- **Resolução 0477/2015:** dispõe sobre a atuação de enfermeiros na assistência a gestantes, parturientes e puérperas, trazendo conquistas como

a consulta de enfermagem obstétrica e a prescrição da assistência de enfermagem obstétrica, além da emissão de laudos de autorização para internação hospitalar para parto normal sem distocia (COFEN, 2015b);

- **Resolução 0478/2015:** dispõe sobre a atuação e responsabilidade civil do enfermeiro obstetra nos Centro de Parto Normal (CPN) e/ou casas de parto, regulamentando o funcionamento dos mesmos, normatizando a atuação do EO da admissão à alta frente à assistência ao parto normal de baixo risco (COFEN, 2015c);

- **Resolução 0479/2015:** dispõe sobre o registro profissional do Enfermeiro Obstetra no COFEN e CORENs na condição de ter recebido a formação por um programa reconhecido nacionalmente e ter cumprido critérios mínimos de qualificação para os títulos de pós-graduação stricto sensu ou latu sensu como a realização de 15 consultas pré-natais; 20 acompanhamentos completos ao trabalho de parto, parto e puerpério e 15 atendimentos ao RN em sala de parto. Esta resolução confere também aos profissionais que possuem mais de 2 anos de experiência na área que por ventura não possuam o diploma de obstetra ou obstetrix, sejam respaldados para registro como tal, contanto que possuam documento oficial emitido pela autoridade responsável pela instituição e pela enfermeira responsável técnica do mesmo (COFEN 2015d);

- **Parecer nº 206/2015:** Parecer técnico proferido para a realização de ultrassonografia obstétrica pelo enfermeiro obstétrico. Com a indicação de uma legislação de Enfermagem para acompanhar a evolução da profissão, no sentido de criar Resoluções que deem ao enfermeiro respaldo legal para o desempenho de suas funções. Dessa forma, deve ser criado uma Resolução específica, deixando claro quais as diretrizes para a realização do ultrassom pelo Enfermeiro Obstetra, direcionando e sustentando esta prática (COFEN, 2015a)

- **Resolução 516/2016:** Normatiza a atuação e a responsabilidade do Enfermeiro, Enfermeiro Obstetra e Obstetrix na assistência às gestantes, parturientes, puérperas e recém-nascidos nos Serviços de Obstetrícia, CPN e/ou Casas de Parto e demais locais onde ocorra essa assistência e estabelecer critérios para registro de títulos de Enfermeiro Obstetra e Obstetrix no âmbito do Sistema COFEN/COREN, revogando as Resoluções

COFEN nº 477/2015, 478/2015 e 479/2015. Essa resolução foi alterada pela Resolução 524/2016 e 672/2021 (COFEN, 2016a). Alterando o caput do §3º do artigo 1º da Resolução COFEN nº 516/2016 que passou a ter o seguinte teor:

Para a atuação do Enfermeiro generalista nos Serviços de Obstetrícia, Centros de Parto Normal e/ou Casas de Parto, e para o Registro de Título de Obstetrix e o de pós-graduação Stricto ou Lato Sensu, de Enfermeiro Obstetra no Conselho Federal de Enfermagem, além do disposto na Resolução COFEN nº 389/2011, de 20 de outubro de 2011, estabelece os seguintes critérios mínimos de qualificação para a prática de obstetrícia, a ser comprovada através de documento oficial da autoridade que expediu o diploma ou certificado, desde que habilitados após o dia 13 de abril de 2015 (COFEN, 2016b, p. 1)

- **Resolução 627/2020:** Aprova a Normatização da realização de Ultrassonografia Obstétrica por Enfermeiro Obstétrico em locais onde ocorra a assistência obstétrica no âmbito do Sistema Único de Saúde (COFEN, 2020).
- **Resolução 679/2021:** Aprova a normatização da realização de Ultrassonografia à beira do leito e no ambiente pré-hospitalar por Enfermeiro (COFEN, 2021b).
- **Resolução 672/2021:** Altera a Resolução Cofen nº 516, de 23 de junho de 2016, que normatiza a atuação e a responsabilidade do Enfermeiro, Enfermeiro Obstetra e Obstetrix na assistência às gestantes, parturientes, puérperas e recém-nascidos nos Serviços de Obstetrícia, Centros de Parto Normal e/ou Casas de Parto e demais locais onde ocorra essa assistência e estabelece critérios para registro de títulos de Enfermeiro Obstetra e Obstetrix no âmbito do Sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem (COFEN, 2021a).

3. REFERENCIAL TEÓRICO

3.1. Paulo Freire e sua concepção de educação

Paulo Freire é um dos educadores mais importantes e conceituados da história do Brasil; um pensador respeitado internacionalmente no que diz respeito à construção da ideia de liberdade como prática de revolução ao sistema “democrático” imposto à população, onde o analfabetismo era peça chave para manter os interesses populistas mediante a mobilização das massas: um homem vale um voto (PRADO; REIBNITZ, 2016).

O filósofo sempre muito inconformado com a situação do homem no mundo, especialmente em Jaboatão, onde viveu grande parte de sua vida, influenciado pelos valores de criação e religião de seus pais, e, mesmo sendo de família muito humilde, interiorana, sem acesso à educação, tornou-se professor de língua portuguesa, estudioso da literatura Brasileira, formado posteriormente em Direito pela Universidade de Pernambuco, teve papel importante no Movimento de Cultura Popular de Recife, até ser considerado uma ameaça nacional e subversivo internacional, sendo exilado para a Bolívia em 1964 (FREIRE, 2016), pelo regime militar.

A história de Freire se entrelaça nas mudanças políticas que o país viveu numa era em que a falta da educação era favorável aos interesses da opressão. Os “oprimidos” por sua vez, eram a margem social, não faziam parte do eleitorado que elegevia os governantes do país - em 1960, uma população de 34,5 milhões de habitantes, somente 15,5 milhões eram eleitores, e o grupo da elite dominante não fazia questão em mudar esta realidade (FREIRE, 2016).

Freire concentra-se na educação social e política para a cidadania. Esta pedagogia da libertação supõe o surgimento do sujeito epistêmico, conhecedor consciente dos processos sociais de sua cultura a fim de superar uma consciência ingênua (BONIN, 2008, p. 94).

Sua leitura visava compreender a educação e as relações do homem com o mundo como forma de ajudar o próprio homem a alcançar sua libertação; Freire acreditava no poder da conscientização para a transformação do mundo e de si e de si no mundo. Esta consciência de mundo foi embasada principalmente nas suas

vivências cotidianas por ser alguém que lutou pela liberdade ao longo de sua história (PRADO; REIBNITZ, 2016).

Por expressar suas ideias de liberdade, em meio à ditadura vivida na década de 60, com o golpe de 64, como mencionado, foi cassado e encontrou exílio na Bolívia, no Chile e Estados Unidos. Porém, foi no Chile que fortaleceu e consolidou o “Método Paulo Freire”, utilizado principalmente em programas de alfabetização. Paulo acreditava que para ensinar era necessário primeiro aprender com os aqueles a quem se iria ensinar; apreender com o outro a partir da sua realidade e necessidades (PRADO; REIBNITZ, 2016).

Para Paulo Freire, a educação é uma prática de liberdade, onde, para haver a libertação do modelo de opressão vivido e observado através das relações de poder: patrão e empregado; deve-se incentivar a mudança, incitando as transformações por meio do diálogo, conhecimento e reflexão (PRADO; REIBNITZ, 2016 *apud* FREIRE, 2007).

Na leitura de mundo que Freire realiza na história de sua vida, para conceber o significado dos estados de consciência ele constrói a sua visão de “ser humano”. O ser humano é um ser existente e está no mundo, por isso, é possuidor de história e, por ser histórico, apresenta a capacidade de associar suas experiências à capacidade de criação. Esta capacidade está imbricada na sua tomada de consciência. De saber-se “ser” e “estar” no mundo (PRADO; REIBNITZ, 2016. p. 20).

A base do conhecimento e método Freiriano de educação tem início na conscientização do ser humano, a partir do que é, e o que pode vir a ser no mundo. Gerando uma ação que a partir daí, possa gerar transformação no meio em que se encontra. Assim, Freire (2016, p. 47) reflete que “a educação deve ao mesmo tempo preparar para um juízo crítico das alternativas propostas pelas elites e dar a possibilidade de escolher o próprio caminho”.

Para Freire, o que possibilita a ação livre, criadora e determinadora das condições de existência é o desenvolvimento de consciência, capaz de apreender criticamente a realidade. Por isso ele critica esse tipo de educação que não permite a formação de consciência crítica, pois os estudantes são estimulados a memorizar o conteúdo, e não a conhecê-lo, uma vez que não realizam nenhum ato cognoscitivo do objeto de conhecimento além do caráter verbalista, dissertativo, narrativo (MENEZES; SANTIAGO, 2014, p. 49).

A conscientização, diferentemente do que se pensa, não é somente realizar e tomar posse do acontecimento presente, mas sim, inserir-se nele, buscando assumir o papel de sujeito que faz e refaz o mundo (ser ativo). Ela é a união entre mundo e

consciência por meio de uma reflexão crítica, trazendo ações de mudança pela criação de uma nova realidade. Neste sentido, é a abordagem da realidade mais crítica possível, desvelando-a para conhecê-la, e para conhecer os mitos que enganam e ajudam a manter a realidade da estrutura dominante (FREIRE, 2016).

É mediante reflexão sobre sua situação, sobre seu ambiente concreto, que o homem se torna sujeito. Quanto mais refletir sobre a realidade, sobre sua situação concreta, mais ele 'emergirá', plenamente consciente, engajado, pronto a intervir sobre e na realidade, a fim de mudá-la. Uma educação assim – cuja finalidade seja desenvolver a tomada de consciência e a atitude crítica em virtude da qual o homem escolhe e decide – liberta o homem, em vez de subjulgá-lo, domesticá-lo, colocá-lo de acordo, como faz amiúde a educação que vigora em grande número de nações no mundo, visando a ajustar o indivíduo à sociedade, bem mais do que a promovê-lo em sua própria trajetória” (FREIRE, 2016. p. 68).

A partir da curiosidade criada no contexto da aprendizagem e busca por novas fontes de conhecimento, o facilitador, diga-se, educador, tem papel fundamental no novo modelo proposto por Paulo Freire, conhecido como Educação libertadora, ou problematizadora. Neste modelo, não existe uma via de aprendizado, aquela que vai do que detém conhecimento para o que irá aprender, e sim uma via de mão dupla, que permite a troca de conhecimento e interpreta que cada sujeito, com suas raízes, dentro do seu ambiente, possui uma visão de conhecimento a qual pode e deve ser transmitida. O educando se torna consciente do saber e poder após o processo de libertação da condição de oprimido pela outra parte (FREIRE, 2016).

Uma educação como prática da liberdade, fundamentada na teoria da ação dialógica, que substitui o autoritarismo presente na escola tradicional pelo diálogo democrático nos diferentes espaços de vivências e de aprendizagens. Esta educação exige que os homens e as mulheres estejam engajados na luta para alcançar a libertação, em um processo incessante de conquista que se dá na comunhão com os outros, o qual resulta de uma conscientização em que os homens e as mulheres (crianças, jovens e adultos) compreendem a sua vocação ontológica e histórica de ser mais (MENEZES; SANTIAGO, 2014, p. 50).

Desse modo, o residente em enfermagem obstétrica junto com o preceptor, tutor e professores constituem um elo mútuo de troca de conhecimento, que nesta relação estabelecida o conhecimento é propagado e refletido no cotidiano prático do cuidado da enfermagem obstétrica nos campos formativos, que traz um processo liberatório do seu consciente pela captação do conhecimento oriundo da sua prática de atuação. Pois, é a partir da práxis, que implica na ação e na reflexão dos homens

sobre o mundo para transformá-lo (MENEZES; SANTIAGO, 2014).

3.2. Freire e a realidade do processo de ensino-aprendizagem na enfermagem obstétrica

A construção do pensamento crítico para a transmissão do conhecimento se inicia a partir do processo de conscientização do ser. Através dele, o homem se reconhece inacabado; e, ao se reconhecer inacabado, procura constantemente a busca pelo conhecimento, pela descoberta do que o torna assim. Este movimento cíclico favorece a aprendizagem, que se justifica na curiosidade pelo novo, pelo que não é comum (PRADO; REIBNITZ, 2016).

Assim, Freire (2016) considera que o homem precisa conscientizar-se do seu papel no mundo para que haja urgência pela transformação do que lhe incomoda no cenário da formação em saúde, em específico o residente, o qual é instigado a questionar-se sobre a realidade que o cerca, sobre as práticas que observa e sobre o profissional que quer vir a tornar-se.

Os cenários da prática profissional obstétrica favorecem a observação - principal ferramenta de atuação do enfermeiro, desde os primórdios da assistência às gestantes. As parteiras, amigas próximas às gestantes ou vizinhas, adquiriam conhecimento por meio da observação e do compartilhamento de experiências entre gerações (MASSARI, 2017). Conhecimento este, denominado por Freire (2021) como consciência ingênua, irrelevante, segundo estudiosos, para o embasamento científico.

Concomitantemente, associado à forma de assistir, há o fortalecimento do modelo bancário, a maneira tradicional hegemônica de aprendizado, citado por Freire (2019b) como a pedagogia do Oprimido e do Opressor: há somente uma via de conhecimento - o que sabe mais, sobre o que sabe menos.

Um estudo realizado com 13 enfermeiras obstetras egressas de programa de residência obstétrica em 2017 no Rio de Janeiro revelou algumas lacunas e desafios de aprendizado teórico prático e formativo, entre eles- de acordo com a opinião das egressas- dissociação entre teoria e prática e o distanciamento entre docentes e preceptores, reforçando a prevalência de um modelo educacional tradicional ao qual estes alunos foram submersos grande parte da sua vida (SILVA *et al.*, 2020), mostrando a necessidade de superações dos aspectos do ensino-aprendizagem, em

especial do processo de ensino dissociado do cotidiano.

A superação da relação entre opressor x oprimido, muitas vezes retratada como profissional x paciente / professor x aluno favorece o modelo hegemônico reproduzido pela sociedade por anos e que vai contrário ao modelo de humanização proposto pela assistência atual. O “ser humano precisa ser copartícipe e, também responsável pelos seus processos de mudança (...) o estímulo à autonomia do paciente e integralidade da assistência torna-se imperativo” (PRADO E REIBNITZ, 2016, p. 160).

Em sua obra sobre a autonomia, Freire (2021) aponta que o ensinar exige reflexão crítica sobre a prática. “É pensando criticamente a prática de hoje ou de ontem que se pode melhorar a próxima prática” (FREIRE, 2021, p. 40). A autonomia do indivíduo favorece a construção de conhecimento por meio da consciência ingênua - aquela empírica, que vem da repetição e transmissão de conhecimentos transformada numa consciência epistemológica, que se relaciona com o mundo através de uma construção coletiva, que provoca reflexões e mudanças. O pensamento autônomo, somado ao diálogo, seja ele entre professor x aluno/ profissional x paciente, favorece o empoderamento para a práxis transformadora (PRADO E REIBNITZ, 2016).

Com isto, Freire propõe, então, o diálogo como forma de estreitar relações entre educador e educando, facilitando a interação do movimento ensino-aprendizagem. “O olhar sensível do educador estimula as pessoas a se tornarem capazes de comparar, valorar, intervir, tomar decisões, romper com pensamentos cristalizados” (FREIRE, 2011 *apud* VIEIRA *et al.*, 2020, p. 7).

Falamos anteriormente sobre as práticas tecnicistas de atenção ao parto, e não há dissociação entre mudança de modelo assistencial e mudança de modelo de educação. A forma como este conhecimento será instigado, trocado e transmitido, influenciará na forma como este profissional irá prestar sua assistência. Por isso, a importância do diálogo; ele tem o poder de transformar saberes existentes. O cuidador que considera seu paciente conhece suas condições culturais, sociais e políticas e o envolve no processo educativo. Um cuidado de visão holística, participativa, colaborativa, que se encontra muito mais próximo da realidade da humanização que o sistema de saúde vem buscando. (LINHARES; PONTES; OSÓRIO, 2014).

4. CAMINHO METODOLÓGICO

Para dar conta dos questionamentos apresentados, foi realizada um estudo de abordagem qualitativa, do tipo de estudo de caso, visto que a abordagem qualitativa oportuniza a construção científica por meio da revisão de teorias sobre o tema abordado, estabelecimento de conceitos e teorias e uma análise contextualizada sobre o estudo (MYNAIO, 2008).

A pesquisa qualitativa envolve o estudo do uso e a coleta de uma variedade de materiais empíricos, estudo de casos; experiência pessoal; introspecção; história de vida; entrevista; artefatos; textos e produções culturais; textos observacionais/registros de campo; históricos interativos e visuais, que descrevem momentos significativos rotineiros e problemáticos na vida dos indivíduos. Portanto, os pesquisadores dessa área utilizam uma ampla variedade de práticas interpretativas interligadas na esperança de sempre conseguirem compreender melhor o assunto que está ao seu alcance (DENZIN *et al.*, 2006).

A escolha por este caminho metodológico em saúde teve um aumento significativo principalmente pela falha nas pesquisas epidemiológicas tradicionais prevalentes nas ciências em saúde. Para este estudo, confirma a importância da abordagem qualitativa de pesquisa, enquanto, que a mesma, firma-se fundamentalmente em dados baseados na linguagem e comportamento (SANTOS; NEVES; CARNEVALE, 2016).

O estudo de caso é uma estratégia de pesquisa abrangente, com o propósito de explorar situações da vida real cujos limites não estão claramente definidos, tendo um único sujeito ou mais e novas descobertas e aspectos que anteriormente não foram previstos (PRODANOV; FREITAS, 2013). Os autores apontam que o “estudo de caso possui uma metodologia de pesquisa classificada como *aplicada*, na qual se busca a aplicação prática de conhecimentos para a solução de problemas sociais” (PRODANOV; FREITAS, 2013, p. 60). Consiste no estudo aprofundado do objeto singular ou não, possibilitando a análise de comportamentos, motivos, implementações e resultados, gerando possivelmente novas descobertas acerca do objeto, não previstas inicialmente.

No entanto, a escolha por este caminho metodológico sofre alguns preconceitos contrários à sua realização. Isto ocorre pelo julgamento de alguns pesquisadores que definem o estudo de caso como um estudo com falta de rigor metodológico, dificuldade

para a generalização e também por ser uma pesquisa que demanda uma quantidade maior de tempo, apresentando algumas vezes, resultados pouco consistentes (GIL, 2008).

A partir destes entendimentos, constituem-se os alicerces metodológicos visando complementaridade e predisposição à busca da residência em enfermagem obstétrica quanto ao processo de ensino-aprendizagem quanto as atividades desenvolvidas nos campos formativos para aquisição de habilidades e competências.

4.1. Cenário do estudo

A pesquisa foi realizada no Programa de Residência de Enfermagem Obstétrica do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Pará. A coordenação da residência fica localizada na faculdade de enfermagem, no campus profissional II na cidade universitária.

A residência de enfermagem obstétrica, obteve o seu funcionamento em 2012, com a aprovação da proposta pelo MS frente ao edital nº 21/2012 do MS/MEC. A coordenação por meio Comissão de Residência Multiprofissional em Saúde da UFPA já realizou 10 processos seletivos, com a formação de 8 turmas formadas, contabilizando mais de 90 profissionais; ocorrendo o último processo seletivo em janeiro de 2022, culminando com mais 12 novos residentes em EO.

Atualmente, os residentes em Enfermagem Obstétrica perpassam por distintos cenários, desde atenção básica, com as Unidade Básicas de Saúde; Estratégia de Saúde da Família, com as UBS de Icoraci; UBS do Guamá; UBS do Portal do Amazonas; UBS da Cremação; até as unidades especializadas, com atendimento à saúde ginecológica, como a URE Mulher; e unidades hospitalares de atendimento ao processo de parto de risco habitual com o Hospital Regional Abelardo Santos e unidade de referência de alto risco materno-infantil do estado como a Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará, perpassando na triagem/emergência obstétrica; enfermarias obstétricas e ginecológicas; centro obstétrico e pré-parto, parto e puerpério imediato (PPP); além de atividades de gestão na Secretaria Municipal de Saúde e na Secretaria Estadual de Saúde.

Para tanto, foi solicitada formalmente à Coordenação da REO, constituinte como cenário de investigação, a autorização para o livre acesso a informações dos residentes em atuação (R1 e R2), solicitando respectivos contatos por telefone e e-

mail. Essa autorização (ANEXO A) será entregue a pesquisadora principal, assim viabilizando o início do processo de seleção e recrutamento dos participantes da pesquisa.

4.2. Participantes do estudo

Os participantes da pesquisa foram vinte e dois (22) residentes, sendo doze (12) do 1º ano e dez (10) do 2º ano. O processo para realização das etapas de coleta de dados sucedeu as seguintes etapas:

Primeiramente, foi realizado uma aproximação com os residentes apresentando o projeto realizado junto ao REO-UFPA, nos momentos de aula teórica, que ocorre as segunda-feira. Após essa explicação e interações iniciais com os residentes, a pesquisadora objetivou esclarecimento dos riscos e benefícios do estudo. Neste momento foi utilizado a amostragem intencional como forma de seleção dos participantes.

A amostragem intencional estabelece que “os indivíduos são selecionados, pois experimentam o fenômeno principal” (CRESWELL, 2010, p. 256), e neste caso, serem residentes do curso de residência em enfermagem obstétrica da UFPA. Após, a realização do recrutamento, foi estabelecido os critérios de elegibilidade, obedecendo os seguintes critérios de inclusão: 1) estar regularmente matriculados como residentes; 2) ter passado pelo menos 1 mês no nível de UBS, hospitalar e da gestão. Como critérios de exclusão foram estabelecidos: 1) residentes de licença maternidade ou por doença; 2) residentes que desistiram do programa.

Assim, sucedendo essa etapa foi construído 4 grupos de residentes, com 6 participantes em cada grupo, perfazendo um total de vinte e quatro (24) participantes. A formação dos grupos foi baseada no sorteio, com a possível retirada pelo residente no momento de interação inicial, a saber: GF01, GF02, GF03, GF04, sendo dividido dois grupos do ano da residência, assim houve dois grupos de R1 e dois de R2, não sendo realizado a combinações de residentes entre as turmas da REO-UFPA.

Cada residente realizou a retirada do seu número no repositório que detinha essa classificação. Mas, ao final, perante a realização dos grupos, o estudo obteve um total de vinte e dois (22) participantes, com duas (02) desistências por falta de interesse. Desse modo, a composição de cada grupo do estudo ficou estabelecida como: 1) GF01, com seis (06) participantes; GP02, com 4 participantes; GF03 e GF04,

respectivamente seis (06) participantes. Assim, foi marcado a realização do grupo e da técnica de coleta de dados, nos dias de disponibilidade e em comum acordo com todos participantes.

Para assegurar a privacidade e o sigilo quanto aos dados coletados, os participantes foram identificados pelas letras GF01, GF02, GF03, GF04 (Grupo Focal). Foi utilizada essa identificação, com o propósito de resguardar a identidade dos participantes da pesquisa.

Durante a realização da técnica de coleta de dados, ocorreu o recolhimento das assinaturas dos Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (APÊNDICE A), assegurando a sua participação no estudo e também o Termo de Autorização de Voz e Imagem (APÊNDICE B), para resguardar as técnicas utilizadas, com a devida autorização dos respectivos participantes. Somente após o recebimento destes dois documentos foi realizado a técnica de coleta de dados.

4.3. Técnicas de coleta de dados

A coleta de dados se deu a partir da técnica de entrevista de grupo focal, com a participação dentre 4 a 6 participantes por grupo, contemplando quatro grupos. Para Minayo (2008), não se deve ultrapassar a quantidade de 8 pessoas por grupo na intenção de manter a qualidade das discussões, assim o estudo estabeleceu o que diz a autora, para composição do número de participantes. Contudo, Trad (2009) afirma que a literatura tem uma variação de definição dos grupos, podendo até 15 pessoas, tendo uma média de 8 à 12 participantes por grupo. Mas, para um tamanho adequado de grupo focal é aquele que permita a participação efetiva dos participantes e a discussão adequada dos temas, o que foi vivenciado durante a técnica de coleta de dados.

Dessa forma, foi constituído por meio de sorteio aleatório pelos residentes, essa etapa ocorreu na interação inicial com os residentes, tem como base a construção de quatro grupos, sendo três grupos com três (06) participantes e um grupo com quatro (04) residentes, com base na premissa teórica, encontrada na literatura científica (TRAD, 2009).

Os encontros foram marcados conforme a disponibilidade e realizados na segunda-feira, horário livre na residência para as atividades teóricas e de pesquisa, e sendo realizado dois encontros presenciais para a discussão realizada com a

temática, que obteve uma duração de média de 120 minutos, para possibilitar uma boa execução na atividade e discussão que ocorreu durante o mês de junho de 2022.

A entrevista por grupo focal realizada no estudo, baseia-se na comunicação e na interação entre os participantes, com o principal objetivo reunir informações detalhadas sobre um tópico específico, sugerido por um moderador do grupo, a partir dos participantes selecionados. Essa técnica busca colher informações que possam contribuir para a compreensão de percepções, crenças, atitudes e significados de um tema, produto ou serviços (TRAD, 2009).

Para isso, foi elaborado um roteiro de grupo focal (APÊNDICE C), a partir dos objetivos do estudo, estruturado primeiramente um perfil dos residentes, como o gênero, idade, instituição de formação e ano, curso de especialização e ano de conclusão; além dos eixos temáticos norteadores, trazendo questionamentos pertinentes sobre: o acolhimento dos residentes; o planejamento das aulas do programa; a vivência dos residente na prática no campo dos cenários da residência; o alinhamento entre a teoria e a prática; as formas de aprendizado e do processo ensino aprendizado na REO-UFPA e da percepção da formação na residência, esses foram objetos de discussão dos grupos focais estabelecidos.

Os grupos tiveram um moderador principal (pesquisadora principal) para a condução das atividades e a presença de um observador externo (pesquisador auxiliar) para as anotações das informações que sucedem durante a realização dos grupos, sendo realizado a observação livre, descritas no diário de campo. Esse diário foi anotado toda percepção de movimentos e expressões durante o debate dos eixos norteadoras, com a sua fala e expressões faciais, além de qualquer anotação importante inerente durante o grupo.

Assim, a condução está ancorada com a literatura especializada, que afirma que a técnica do grupo focal deve ser realizada de forma planejada sob a coordenação de um moderador que seja capaz de motivar a participação e interação do grupo, mediante a um guia de perguntas que vão do geral ao específico (MINAYO; ASSIS; SOUZA, 2005).

Scrimshaw e Hurtado (1987, p. 12) identificam como atribuições do moderador: 1) Introduzir a discussão e a manter acesa; 2) Enfatizar para o grupo que não há respostas certas ou erradas; 3) Observar os participantes, encorajando a palavra de cada um; 4) Buscar as “deixas” de comunidade da própria discussão e fala dos participantes; 5) Construir relações com os informantes para aprofundar,

individualmente, respostas e comentários considerados relevantes pelo grupo ou pelo pesquisador; 6) Observar as comunicações não-verbais e o ritmo próprio dos participantes, dentro do tempo previsto para o debate.

Inicialmente, foi organizado em forma de círculo ou semicírculo os grupos, para melhor interação. Com a autorização do TCLE e do Termo de Autorização de Voz e Imagem pelos participantes, todos estavam cientes e devidamente autorizados para participarem do estudo e a utilização das técnicas de coleta de dados, como a utilização do gravador de voz (gravador digital) e fotografia para as informações pertinentes do estudo. Durante o andamento de cada encontro, nas discussões eram gravados em aparelho mp3 ou similar, com o propósito de não perder nenhum momento de discurso do residente.

Na parte final de cada encontro, foi realizado um mapa conceitual oriundo das discussões realizadas neste encontro, que foi feito a fotografia, como processo de captura dos dados neste momento de construção coletiva sobre o processo de ensino-aprendizagem, como os desafios da formação e obstáculos vivenciados durante a REO-UFPA. Sobre o mapa conceitual, Carabetta Júnior (2013) afirma:

O mapa conceitual, criado na década de 1970 por Joseph Novak como técnica cognitiva para aprender de modo significativo, baseia-se na teoria ausubeliana e constitui uma estratégia pedagógica de grande relevância no ensino para a construção de conceitos científicos pelos alunos, ajudando-os a integrar e relacionar informações, atribuindo, assim, significado ao que estão estudando. A utilização de mapas conceituais é uma técnica flexível para situações e finalidades diferentes, podendo ser usada para uma aula, uma unidade de estudo, um curso ou para o desenvolvimento de todo o programa educacional (CARABETTA JÚNIOR 2013, p. 443-444).

As gravações da discussão do grupo foram transcritas na íntegra pela pesquisadora principal, para garantir a fidedignidade do que foi abordado por cada grupo focal estabelecido. Essas gravações e os respectivos textos foram armazenados, por um período estabelecido de cinco anos, como prevê a Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, sob a responsabilidade da pesquisadora, e após esse prazo, serão excluídos.

4.4. Dimensões éticas

A pesquisa foi aprovada, conforme protocolo nº 5.443.574/2022, CAAE: 55366122.3.0000.0018 do Comitê de Ética e Pesquisa do Instituto de Ciências da

Saúde da Universidade Federal do Pará como preconiza a Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde, a qual determina as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo seres humanos (ANEXO B).

As técnicas de coleta de dados foram realizadas mediante assinatura do TCLE, termo que manifesta concordância e aceite dos residentes em participar da pesquisa. Saliendo o esclarecimento sobre os objetivos e temática; os procedimentos de coleta de dados, análise e tratamento dos dados, como os riscos, benefícios e demais assuntos correlacionados à pesquisa. Do mesmo modo, a assinatura do termo de autorização de voz e imagem, para a execução de todas as atividades.

Cabe ressaltar que as informações coletadas durante as atividades serão mantidas em sigilo e, também, assegurado os direitos de desistência e/ou retirada de depoimento, a qualquer momento da etapa do estudo. A Instituição selecionada como cenário do estudo foi comunicada a respeito da aprovação pelo Comitê de Ética e Pesquisa e receberá uma cópia do inteiro teor da pesquisa.

A pesquisa em questão representa riscos mínimos aos participantes do estudo que poderão em algum momento sentirem-se desconfortáveis, uma vez que dedicarão parte do seu tempo no grupo focal. O estudo também não representará invasão de privacidade e quebra de confidencialidade, pois em momento algum os participantes serão identificados e expostos.

Desse modo, a pesquisadora é treinada, tornando-se capacitada para a aplicação do instrumento de coleta de dados, com o propósito de evitar riscos aos participantes, e que nesse processo de aplicação, a pesquisadora resguardou a integridade física, psíquica e emocional de cada participante. Assim os residentes, em caso de qualquer constrangimento poderá interromper as técnicas de coleta de dados e retirar a sua participação.

4.5. Tratamento e análise dos dados

O processo de análise deve contemplar dois momentos complementares: análise específica de cada grupo e análise cumulativa e comparativa do conjunto de grupos realizados. Em síntese, o objetivo deste processo é identificar tendências e padrões de respostas associadas com o tema de estudo (TRAD, 2009).

A fim de compreender e analisar os dados coletados durante o grupo focal com os sujeitos desta pesquisa, optou-se por realizar uma análise de conteúdo na

modalidade temática por meio dos pensamentos da Bardin (2011), o qual designa ser:

um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando a obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens (BARDIN, 2011, p. 47).

Câmara (2013) considera que o esforço do pesquisador neste tipo de análise é duplo, pois deve ser esforçar para entender “o sentido da comunicação, como se o receptor normal, e principalmente, desviar o olhar, buscando outra significação, outra mensagem, possível de se enxergar por meio ou ao lado da outra” (CAMARA, 2013; p. 182). Portanto, a análise proposta por Bardin traz 3 fases distintas e fundamentais: a pré-análise; a exploração do material e o tratamento dos resultados; a inferência e interpretação.

Na pré-análise, realizou-se uma leitura flutuante do material de cada grupo focal, com a identificação de elementos representativos, de pertinência para o corpus da pesquisa, com a finalidade da familiarização dos discursos dos participantes. Dessa forma, ocorre as primeiras impressões dos dados e sucedendo outras leituras no material permitindo a referenciação da análise de conteúdo com a elaboração dos índices. Silva Junior & Leão (2018, p. 718) traz que esses índices são “termos, palavras, expressões que se destacam na leitura, enquanto que a sua frequência se chama indicador”.

Posteriormente, foi iniciada a etapa de exploração do material que constitui na intervenção para a codificação dos discursos dos residentes de enfermagem obstétrica, com o propósito de categorizá-los. Para esse intuito foi utilizado a funcionalidade do *software* ATLAS.ti versão 22.7, que foi objetivada com a análise indutiva, com a realização de codificações dos discursos dos grupos focais, com a identificação dos códigos e criação de temas.

Santos (2012) especifica que as formas de categorização propostas por Bardin (2011) na perspectiva da análise de conteúdo agrupam determinados elementos que reúnem características comuns, onde as categorias em geral são forma de pensamento, refletido a realidade, para isto:

adotam-se os critérios semântico (temas), sintático (verbos, adjetivos e pronomes), léxico (sentido e significado das palavras – antônimo ou sinônimo) e expressivo (variações na linguagem e na escrita). Este processo

permite a junção de um número significativo de informações organizadas em duas etapas: inventário (onde isolam-se os elementos comuns) e classificação (onde divide-se os elementos e impõem-se organização) (SANTOS, 2012; p. 383).

Silva Junior & Leão (2018) afirmam que o ATLAS.ti constitui uma importante ferramenta de dados qualitativos, por conta da sua facilidade e gama de recursos, sendo desenvolvido por Thomas Muhr. Essa estratégia auxilia o pesquisador na organização dos dados para a análise, seja por dados textuais, gráficos, áudio e vídeo, mas não realiza propriamente dita esse aspecto por meio do *software*. Pois, todas as intervenções e codificações devem ser realizadas pelo pesquisador. Atualmente o ATLAS.ti tem seu potencial e inovação na organização dos dados qualitativos em diversas áreas do conhecimento, sendo utilizado em diversos desenhos metodológicos.

Após a aplicação do documento de cada grupo focal pelo software, que vai de P1 a P20 por meio dos discursos transcritos de cada grupo, foram criados códigos que foram estabelecidos pela pesquisadora, com a imersão dos significados que o tema estabeleceu em cada parte do grupo focal. Desse modo, foi realizado a nomeação de todos códigos necessários, conforme o tratamento indutivo em cada discurso do grupo e assim, após a saturação de acepções dos códigos construídos, no qual não se encontraram códigos novos, somente os já criados, significando, assim, a consolidação de um dicionário de códigos.

Assim, a partir do desenvolvimento dos códigos e realização do relatório gerado pelos ATLAS.ti versão 22.7, há a identificação e organização do grupo de códigos, de acordo com a sua classificação de cada grupo focal, classificando por significações equânimes, que por conseguinte o relatório de citações dos grupos de códigos e com a identificação de cada membro do grupo focal, com a sua versão produzida pelo *software* Word 2016. Desse modo, o relatório permite a criação das citações e sua codificação em apenas um único documento, perante os quatro grupos realizados.

Neste processo de referenciação, foram criados 4 grupos de códigos, a saber: Preceptoria; o residente R2⁸; acolhimento da residência; o curso da residência em enfermagem obstétrica. Em cada código foram criados códigos similares que tinham alinhamento com o construído, conforme o **quadro 2**:

⁸ A denominação do R2 é equivalente ao residente do segundo ano do programa de residência.

Quadro 2 - Códigos criados no tratamento do software Atlas.ti

Códigos	Códigos similares	Citações
Preceptoria	A preceptoria como agravante do processo de ensino-aprendizagem	22
	A falta de apoio preceptoria no agir e pensar	29
	A preceptoria como forma de acolhimento	43
	A preceptoria como apoio para o saber obstétrico	33
	A preceptoria como desvinculação do saber e fazer	16
	A preceptoria como prática não receptiva para a aprendizagem	29
O residente R2;	O residente R2 como alicerce do saber obstétrico, como apoio para a aprendizagem	16
	O residentes R2 como mediador entre o preceptor e o residente R1	13
	O residente R2 como papel de preceptor	19
	O segundo ano da residência como carência do saber teórico	12
Acolhimento da residência;	O acolhimento da residência e no cenário de prática	22
	O acolhimento pela faculdade e a não ambientação da residência	15
	O acolhimento pela faculdade	18
	A falta de acolhimento no cenário de prática	17
O curso da residência em enfermagem obstétrica	O residente como desencontros da prática obstétrica	21
	A residência como difusora do saber	34
	A residência em solo do cenário prático	16
	O residente como não membro da equipe de saúde	11
	O residente como ato de autoritarismo e fazer prático	13
	A residência na vacinação, pontos positivos e negativos	23

Fonte: MOURA, 2022.

Na terceira, a exploração do material utiliza como principal instrumento a inferência e interpretação dos dados, onde o pesquisador parte de resultados brutos

buscando torná-los válidos e significativos. Esta inferência é orientada por polos de atenção e polos de atração da comunicação (SANTOS, 2012).

Por último, a etapa o tratamento dos resultados, interferência e interpretação, conforme Bardin (2011). Com a identificação do relatório das citações e dos códigos dos grupos focais preconcebidos pelo ATLAS.ti versão 22.7, possibilitou a organização do material para suceder a última etapa de análise. Com a leitura de cada grupo códigos possibilitou a criação das unidades de significação e sua categorização de elementos representativos dos quatro grupos focais realizados.

Com base na categorização não apriorística, fundamentou a construção das categorias, conforme descrito no **Quadro 3** para facilitar a visualização da relação entre o Núcleo Temático, as Unidades Temáticas, as Categorias.

Quadro 3 - Núcleos Temáticos, Unidades Temáticas, Categorias.

Núcleo Temático	Unidade Temática	Categorias
O processo de ensino aprendizagem na residência de enfermagem obstétrica	O processo de ensino aprendizagem e a preceptoria	O processo de ensino aprendizagem e a preceptoria da residência em Enfermagem Obstétrica
	O processo de trabalho e o residente	A residência, processo de trabalho e o campo de prática: obstáculos para o de ensino aprendizagem.

Fonte: MOURA, 2022.

Desse modo, com as categorias formuladas os depoimentos dos grupos focais foram discutidos com base na literatura científica e com base no referencial de Paulo Freire.

5. RESULTADOS

5.1. Perfil dos residentes de enfermagem obstétrica que participaram dos grupos focais

A caracterização do perfil social e profissional dos participantes deste estudo a partir do instrumento de conduta do grupo focal, tem como intuito conhecer o perfil dos residentes que escolhem a continuidade dos estudos na modalidade residência, especificamente da residência em obstetrícia na Universidade Federal do Pará.

Participaram do estudo 22 residentes, e para melhor entender o perfil dos participantes foram coletadas informações como: idade, gênero, ano de formação, instituição de formação, cursos de pós-graduação e instituições de escolha para realização destes cursos.

Quanto ao gênero, 20 eram do sexo feminino e apenas 2 do sexo masculino. As idades variaram de 22 a 39 anos, havendo uma predominância entre 20 a 25 anos, com 12, de 26 a 30 anos com 8 e 2 com mais de 30 anos.

A instituição de formação dominante entre os participantes foram a Universidade do Estado do Pará com 10 residentes, na UFPA com 4 residentes; 3 participantes se formaram pela Universidade da Amazônia, 2 pelo Centro Universitário Metropolitano da Amazônia, 1 pela Faculdade Metropolitana do Pará, 1 pela Gamalieu em Tucuruí e 1 pela Estácio Castanhal.

Os anos de formação variaram entre 2018 a 2020, sendo a prevalência em 2019 formando 12 participantes, seguido de 2020 com 8 participantes, 2016 e 2018 respectivamente com 1 participante cada.

A opção pela pós-graduação concomitante com a residência ou logo após a formação em enfermeiros se deu por 13 participantes que optaram pela especialização do tipo pós-graduação *latu sensu* em diversas áreas, entre elas: UTI Neonatal e Pediátrica, UTI adulto, ginecologia, gestão e auditoria. Apenas 1 participante cursou o mestrado durante a formação em enfermagem obstétrica e apenas 9 participantes optaram por não fazerem nenhuma especialização até concluírem a residência.

5.2. O ensino aprendido da residência em Enfermagem Obstétrica e a importância do campo prático nesse processo

A construção dos mapas conceituais a partir da realização dos grupos focais (APÊNDICES D, E, F e G) possibilitou um delineamento sobre um ideal de formação que os residentes em campo possuem. Compreender os aspectos que permeiam esta formação auxilia no maior entendimento sobre os benefícios e obstáculos que eles encontram e os valores que eles têm como princípio no processo de ensino-aprendizagem.

A formação do enfermeiro obstetra é norteadada pela construção do conhecimento teórico associado à prática profissional. A assistência à mulher no ciclo gravídico puerperal, principalmente na assistência ao parto normal, é uma fonte de aprendizado fundamental para o desenvolvimento de competências para a prática; a habilidade técnica para o contorno de distócias, identificação de riscos, boas práticas e a humanização geram valorização profissional. Na visão do residente, estas competências derivam da transmissão de conhecimento através da técnica repassada pelos preceptores, os quais são observados como principais responsáveis pela formação destes enfermeiros obstetras em campo.

Este campo muitas vezes não oferece suporte prático e de gestão para que os residentes de obstetrícia sejam absorvidos como parte integrada do sistema, diferentemente dos residentes de medicina, que assumem os plantões como parte do corpo funcional da equipe assistencial, possuem autonomia na prescrição, condutas e registros nos seus próprios logins de sistema, carimbando e assinando a responsabilidade sobre cada paciente. Esta disparidade, impacta muitas vezes no embate científico entre as profissões; embora a responsabilidade destes profissionais seja tomada como a de enfermeiros que são, o tratamento pela equipe é como de estudantes em formação. Este limbo profissional frustra e compromete muitas vezes a adesão a uma constante formativa que se contrasta com presença de profissionais em campo que outrora já foram residentes e passaram pelas mesmas experiências.

A autonomia e as habilidades técnicas então, passam a ser construídas a partir de um processo de dependência entre aluno e preceptor. O espelho no preceptor contempla o modelo tradicional de ensino que é enviesado na transmissão unilateral de conhecimento, percebida pela observação, pelo repasse de informações de quem “sabe mais” para quem “sabe menos”; a atualização que acontece entre os residentes não é suficientemente sustentada para transformar a assistência prestada no serviço.

Em contrapartida, os preceptores vivenciam uma rotina incessantemente sobrecarregada que abrange gestão do serviço, assistência em um ambiente

transbordado de pacientes e profissionais, falta de infraestrutura, pouco tempo para participações de atualizações em serviço e fora dele, além do papel da preceptoria, da responsabilidade sobre a formação profissional capacitada de outras pessoas. Ainda assim, alguns perpassam os obstáculos e dedicam um pouco do seu tempo ao ensino utilizando técnicas inovadoras que detenham o interesse dos residentes no aprendizado, como realização de rodas de conversa, simulação realística e estudos de caso.

Desse modo, foram construídas as seguintes categorias temáticas: 1) O processo de ensino aprendizagem da residência em Enfermagem Obstétrica; 2) Os impactos do campo de prática no ensino aprendizagem da residência em enfermagem obstétrica.

5.3. CATEGORIA I: O processo de ensino aprendizagem da residência em enfermagem obstétrica

A preceptoria estabelece um elo facilitador para o processo de ensino-aprendizagem, que, no que tange essa relação entre o preceptor e o residente, o respeito, vontade e troca, garante uma experiência mais exitosa e positiva na formação de novos profissionais. Essa relação entre o educando e educador permite a construção de um pensamento crítico, com aquisição de novas habilidades e competências profissionais para a especialidade, reconhecendo esse conhecimento e assim descobrindo outras possibilidades.

A percepção do residente sobre o processo de ensino aprendizagem, de acordo com as falas dos grupos focais permite o entendimento sobre a centralidade na atuação do preceptor como peça importante na transmissão do conhecimento, dando-se ela de forma tradicional por meio da observação de posturas, pela influência da presença do preceptor na demonstração de técnicas, no repasse de informações sobre rotina, protocolos etc. como uma certa dependência para que o processo aconteça.

Eu adorava tirar plantão com ela, noturno, final de semana, porque cada coisa que acontecia [...] meu primeiro toque foi com ela [choro], que eu cai logo, meu primeiro campo foi no PPP, e aí ela: tu sabe tocar? E eu nunca tinha tocado ainda, e assim vai aprender comigo e me puxou [...] me ensinou, me mostrou, fez

uma demonstração, então isso faz toda a diferença, ela fez realmente uma demonstração bem realística, me mostrou o que era o colo, tenta identificar o colo, depois você vai fazer [feliz], mete o teu dedo, eu vi que ela tinha o prazer de ensinar. (GF1-2)

Uma referência para mim [silêncio], esse homem, ele pega a teoria e com certeza coloca em prática [risos], ele vai explicar para ti, ele foi uma pessoa assim que eu falo [...] pegava a teoria, nunca me esqueço que ele falou lá para sulfatar uma paciente, que ela iria para UTI e tal e me mostrou o protocolo, e isso me estimulou, ou seja, eu tive um preceptor lá na pratica que me mostrou um pouco da teoria, que estava em falta em mim, por conta do sistema. E consegui fazer conforme o que ele ensinou. Foi fantástico isso, conseguir. (GF1-6)

Isso depende muito de preceptor para preceptor, tem preceptor que eu até acho bom quando não está por perto [pensativa], mas quando aquele preceptor contribui é maravilhoso quando ele está por perto. (GF1-4)

Há preceptores que constituem referências profissionais para os residentes – como espelho, pois agregam tanto o conhecimento, transmitem e promovem a autonomia do aluno – no processo de aprender, criando maior relacionamento entre o educando e educador no processo de autonomia e libertação. Desse modo, esses símbolos de referência de preceptores destes residentes possibilitam um importante espaço de compartilhamento para a sua formação como especialista. Há também quem reconheça e valorize a presença de egressos, hoje preceptores, para com o ensino nos campos.

O processo de ensino-aprendizagem pautado na interprofissionalidade permite tanto que preceptor e o residente estabeleçam por meio da convivência e o seu cotidiano a produção de conhecimento. Assim, ambos experienciam o processo de estar aprendendo com o outro, e outros e se relacionando e não estando apenas na qualidade do preceptor o detentor do saber soberano. Pois, quando há essa troca, o compartilhar, o diálogo permite a tornar sujeito desta realidade.

(...) tinha outros não, que realmente gostavam de te ajudar, gostavam de te mostrar e eu sentia prazer de ter por perto [...] assim como me passava confiança de que quando ele não tivesse por perto, eu conseguiria desempenhar minha função. (GF1-4)

A experiência da preceptoria positiva acho que não é coincidência, foi desses profissionais, tanto na enfermaria, quanto no PPP, na triagem, eram profissionais que teve essa questão da residência, muitos com referências naquilo que executam [pensativo], nos ensinando, demonstrando, cobrando de uma forma positiva, olhando para nós como forma diferente. (GF2-1)

A utilização de metodologias ativas e demonstrações realísticas com os residentes constituem uma importante estratégia para promoção do conhecimento e do processo de ensino-aprendizagem. Mostra que o debate pela problematização retrata, a promoção do pensamento crítico e reflexivo para a melhor tomada de decisão na avaliação clínica da assistência obstétrica. Essas demonstrações realísticas são importantes momentos de debates e cruciais para a formação apesar da maioria a partir do entendimento histórico da formação mais tradicional, utiliza destas estratégias para garantir um processo de aprendizagem mais qualificado se colocando mais na posição de receptor de informações do que como parte ativa do processo.

Olha, eu encontrei roda de conversa, foi um tipo de metodologia que foi no PPP sobre hemorragia [...] então os enfermeiros resolveram nos reunir, tanto residentes, médicos e de enfermagem e começaram a abordar e também deixaram a gente livre para comentar para perguntar [...] e a outra foi demonstração, que foi justamente com essa preceptora, sobre reanimação neonatal [feliz], tinha um bonequinho, ela foi e mostrou como posicionava, qual era a posição correta do bebê, tudo direitinho. Eu não participei. (GF1-3)

Eu achei que teve várias coisas que a gente participou, simulação realística (...) e rodas de conversa que as vezes a gente chegava para discutir os casos e pensar sobre os cuidados (GF3-2)

No meu caso também teve roda de conversa, da simulação realística também, com o protocolo de hemorragia e algumas palestras que o ministério abordava quando a gente estava, por exemplo, relacionado a indução do trabalho de parto, a utilização do misoprostol e foi muito interessante, foi um fornecedor que foi explicar todo o processo [...] realizando algumas oficinas relacionadas a síndromes hipertensivas no momento em que tiveram que abrir enfermarias no prédio antigo para atender a pacientes puérperas e gestantes. (GF2-4)

E a gente falava sobre as manobras, da distócia de ombro, essas coisas, ainda cheguei a ver, mas mais simulação realística e roda de conversa mesmo. (GF4-2)

O acolhimento feito pela coordenação da residência em conjunto com os residentes R2 possibilitou uma maior articulação com o programa, onde fortaleceu a interação sobre os anseios e, também, os medos e preocupação com as atividades desenvolvidas na Residência em Enfermagem Obstétrica. A oferta de algumas estratégias para a vivência do programa, como o oferecimento de oficinas, especialmente de métodos não farmacológicos, hemorragia pós-parto, distócia de ombro e suturas foram cruciais para a inserção destes residentes no campo prático.

Depois a gente teve aqui o acolhimento com a coordenação, visitar a coordenação e apresentar a coordenação, apresentar tudo o que estava acontecendo. Mas o acolhimento que a gente teve que a gente se sentiu mais acolhido foi com as nossas R2 [feliz] que fizeram toda a semana e conversaram com a gente sobre o que poderia acontecer, tudo o que a gente poderia vir a enfrentar, aí elas deixaram a gente um pouco mais a par [gesticulando], um pouco mais preparada, vamos dizer, teoricamente. (GF-1-4)

Eu acho que elas me deixaram assim, durante o acolhimento elas falaram assim que a gente ia vivenciar certas situações e realmente aconteceu, a gente já esperava por aquilo, entendeu, claro, eu não sabia de que forma iria acontecer, mas assim, o acolhimento delas foi muito bom, elas deram umas aulas teóricas pra gente, mais ou menos a teoria né, a pratica a gente teve que vivenciar e teve também a questão de pratica em relação aos métodos não farmacológicos, as suturas, as distócia, e em relação a sala de parto. Mas foi muito bom. Claro que depois veio a teoria dos preceptores em aula teórica para complementar. (GF2-1)

Sobre a produção de conhecimento em busca de autonomia no saber e fazer na residência com a realização das atividades no cotidiano do campo de prática, o residente mostra que, com o processo de ensino-aprendizagem com o preceptor, garante a busca de exercer sua prática de forma mais autônoma, e de fato uma educação libertadora, que possibilita criar um meio propício para garantir o pleno desenvolvimento do educando e o educador com mediador deste saber. O aprimoramento de habilidades tendo o preceptor como espelho contribui para aquisição de segurança, confiança e ampliação da autonomia profissional. O

processo pode ser também reverso quando o residente não sentir acolhimento por parte dos preceptores. Essa autonomia constitui a base para a sua atuação com profissional de saúde, tendo o conhecimento e aplicado no seu cuidado, o seu saber e saber-fazer.

Bom, acho que essa questão de estar presente ou não para mim, eu gosto muito de fazer as minhas coisas sozinhas entendeu [séria]? Então eu vou fazendo, quando eu tenho dúvida eu chamo, mas primeiro vejo o preceptor ensinando, orientando, fazendo e demonstrar para mim e assim para aprender. Eu aproveitava ao máximo para aprender logo e eu gosto de ir fazendo as coisas sozinha [gesticulação com as mãos], então, para mim, estar presente logo no início era muito bom, para aprender logo e também para me deixar soltar e fazer minhas coisas também, para mim é ótimo, ter autonomia, e fazer como uma profissional que esteja fazendo o correto. (GF1-6)

Tem preceptores que eu me calo logo quando está por perto [séria], não me sentia aberta nessa relação de troca (GF1-4) Que eu tenho um certo conhecimento, uma habilidade, acaba criando uma confiança e a gente tendo essa autonomia maior, ele confiando na gente, fazendo um procedimento, alguma coisa, mas ele de prontidão que a qualquer momento ele pode estar ajudando numa dificuldade, algo relacionado, é aprender com o preceptor e buscar sua autonomia. (GF3-1)

Os residentes identificam que além do preceptor, o residente no segundo ano da residência em Enfermagem Obstétrica, popularmente denominado como R2, é um importante profissional que favorece a implementação junto com o residente R1 (primeiro ano) de estar articulado com a troca de aprendizagem. O R2 constituiu um elo junto com a preceptoria para a aprendizagem e o conhecimento, ambos facilitando o R1 com a sua formação nestas trocas e relações cotidianas.

Inclusive foi pedido na sala de parto que tivessem monitores, porque foi reduzido o campo para gente, para uma pessoa apenas, um residente r1, e aí no caso, como a gente já tinha passado foi dada preferência aos r1 e foi cobrado pelos enfermeiros que tivesse um residente r2, porque o r2 já tinha vivenciado, já tinha passado pelo campo e ele teria a possibilidade de auxiliar o R1 no processo de aprendizagem na prática, de explicar a rotina. (GF-1-2)

Eu já achei também bem interessante essa parte do acolhimento que elas fizeram e foi um momento [pensativo], a gente teve uma

interação sobre a residência com elas e com elas para a gente, não ficar tão disperso, eu gostei muito porque muitas delas me ajudaram para eu não chegar no campo só. (GF2-1)

A primeira vez não porque eu tinha a minha r2, e aí ela intermediava, eu não conseguia ter uma boa relação com os preceptores que estavam ali. (GF-3-2)

São nossos r2, que estão ali para ajudar a gente, auxiliar, ensinar [feliz], mas infelizmente muitos residentes não pôde ter essa oportunidade de ter um r2 com ele no campo. (GF-3-5)

Com R2 porque a gente se entende de fato e a gente compartilha as que mais também, as nossas experiências, as coisas que a gente aprende a gente perpassa para todo mundo. (GF-4-3)

Desse modo, a preceptoria de forma participativa, integradora, acolhedora possibilita um processo de ensino-aprendizagem de forma mais exitosa e positiva. Quando profissionais assumem seu real papel nesta formação de novos profissionais, quando há maior articulação com os cenários de prática e a gestão do programa, tem possibilidade de garantir uma formação de qualidade.

5.4. CATEGORIA II: Os impactos do campo de prática no ensino aprendizagem da residência em enfermagem obstétrica

O ensino na modalidade residência engloba principalmente o aprendizado através da prática inserida ao processo de trabalho. Nas maternidades que recebem os residentes de enfermagem obstétrica este processo tem ocorrido paralelamente ao ensino. A exemplo disto, o residente possui horários diferentes de entrada e saída do que os da equipe de serviço, possuem uma escala a parte, não se sentem parte da equipe do serviço, nem sequer são cobrados pela coordenação ou pela instituição como tal. Esta disparidade sobre a função do residente em campo traz baixa credibilidade à equipe para que possam contar com estes profissionais, como se houvesse por parte dos residentes certa irresponsabilidade no cumprimento das suas escalas, desfalcando a equipe quando existem faltas, trocas, dentre outros.

Principalmente em relação aos protocolos, tinha bastante isso, protocolo de hemorragia, protocolo de síndrome hipertensiva, eu tive mais essa parte de aprendizado na prática (GF3-2)

A maioria, alguns preceptores nos veem assim, como meros estagiários, a gente está lá, tipo, não são enfermeiros, entendeu? A gente está se atualizando o tempo todo, evidencia científica, a gente pode agregar muito mais no serviço, e as vezes a gente tem que ficar calado porque a gente tem que fazer aquilo que está na rotina e não o que temos conhecimento, que não é receptível para fazer e mudar. (GF1-4)

E isso, esse fato deles [preceptor] não serem assim tão receptivos, acaba prejudicando o ensino-aprendizado porque as vezes eles acabam não vendo a gente ali [mexendo as mãos] como alguém que quer ajudar, como parte da equipe, como se a gente fosse atrapalhar, ou então assim, não tem nem a vontade de ensinar e mostrar para a gente. (GF1-1)

Então eu acho que durante a residência seria bom também ne, fomentar mais e também na prática, tinha essa deficiência na pratica de o preceptor não querer ensinar tanto [tom baixo da voz], essa vontade assim. (GF1-3)

Mas existe certos preceptores que eles não mostram nada em que cada dia, tem que ir aprendendo contigo mesmo, e quando a gente roda sozinho, como a colega falou a maioria das vezes a gente aprende muito mais [positividade com a cabeça], do que se a gente rodar com R2, por exemplo. (GF2-2)

Pela grande quantidade de procedimentos, além da parte burocrática da assistência, a recepção por parte da equipe se dá, na maioria das vezes, com desconfiança, demonstrando uma hierarquia e comando no controle da situação, muitas vezes para respaldo na condução da assistência, visto que os campos são abarrotados com estudantes e residentes de outros cursos, aumentando assim, a quantidade de pessoas em campo e uma certa inconstância no controle de emergências.

Por isto, para os residentes do programa de Residência em Enfermagem Obstétrica não há um sentimento de pertencimento nas instituições de campo de prática, pois muitos não são vistos como parte integrante e participativa da equipe de saúde e do processo de trabalho. Esse fato acaba dificultando a sua integração e desenvolvimento pleno de seu saber e saber-fazer na assistência, com a produção de habilidades e competências profissionais. Torna-se imprescindível maior agregação dos residentes junto ao processo participativo como equipe de saúde, na conjuntura da interprofissionalidade nas trocas cotidianas do trabalho.

Tem outra coisa que eu vejo assim do lado de fora, que nos residentes, dependendo do setor, nós não temos autonomia [...] nós não sentimos como parte da equipe, mas alguém que esteja lá [...] acaba dificultando muito, a relação, o fazer e nosso desenvolvimento. (GF-1-1)

Eu não sentia parte da equipe e eles [equipe] não me faziam me sentir assim [...] apesar da acolhida nesse momento, porque eu estava sentindo pouca confiança, e precisava do apoio deles [...] não apenas como uma residente, como uma estagiaria, então para mim isso é essencial, estar contribuindo ali e não atrapalhando. (GF1-3)

E isso, esse fato deles não serem assim tão receptivos, acaba prejudicando o ensino aprendido porque as vezes eles acabam não vendo a gente ali como alguém que quer ajudar, como parte da equipe, como se a gente fosse atrapalhar, ou então assim, não tem nem a vontade de ensinar e mostrar pra gente. (GF-2-4)

Aí eu percebia assim essa autonomia, acho que não teve nenhum, ou foi raro que tipo assim [...] Eu acho que não teve essa questão e eu percebi assim, que eu tive essa autonomia, pois não dão em certo ponto, por não confiar em nós como equipe, pois apesar de estar lá, não me sinto como equipe deles. (GF4-3)

O processo de trabalho também é permeado por metas, cobranças institucionais sobre o trabalho ofertado, e o sentido de cobrança por parte da preceptoria acaba sendo um evento que permeia uma cadeia institucional, com primeiro a cobrança do gestor, com o profissional (preceptor) e depois para com o residente. Dessa forma, o exercício do poder e autoridade com outro, deve ser repensado a forma de cobrança, pois muitas vezes impede de avançar em certas situações de aprendizagem. Para isso, se torna necessário uma relação mais horizontal, como expressam tanto as políticas públicas, o processo de trabalho e a interprofissionalidade para garantir uma formação exitosa e que fortaleça a aquisição de novas habilidades e competências no âmbito da assistência obstétrica.

[...] Ela cobrava: “olha quero que tu faças isso, isso, isso, isso” e não explicava como a gente tinha que fazer aquilo, não mostrava a importância, não nos valorizava, ela só cobrava, e ela já tinha sido residente, tinha acabado de sair da residência. Entendeu? No Centro obstétrico em especial com essa enfermeira aconteceu isso, um abuso de poder, uma violência comigo. (GF1-1)

É, eu tive alguns, na verdade não foi problema, mas foi a forma de tratamento, de cima para baixo, digamos assim dentro da hierarquia de preceptor e residente, mas foi um campo de atenção básica. (GF4-2)

Só porque a pessoa está do outro lado, isso aconteceu com uma preceptora logo no meu r1, não foi só comigo somente de residente, o colega também passou com essa mesma pessoa. De simplesmente se achar a dona da verdade, e foi uma pessoa que já era residente e querer cobrar tudo da gente e tipo, ela cobrava muito e não dava (GF1-1)

A preceptoria é percebida pelo residente como uma função crucial para o campo de prática, mas para isso, esta deve estar pautada dentro do processo de trabalho do enfermeiro-preceptor na instituição. Além disto, é fundamental que haja uma educação permanente implementada e funcionando nos campos. O profissional atualizado e valorizado, é um profissional que trabalha com mais afinco, que comete menos erros, e que forma profissionais mais capacitados.

Quando tu está na pratica, serio gente, eu tiro por mim, o preceptor que está lá, ainda tem isso, nem todo mundo sabe de teoria e não tem uma relação aberta que estou ali e posso ajudar e não vê em nós [residente] um profissional que possa ajudar. (GF2-1)

Em relação aos outros setores não tive problemas, com uns preceptores me identificava mais, com outros menos. Teve até uma questão em relação a essa questão de suprir o nosso processo de aprendizagem, eu lembro que eu estava em uma enfermaria, eu estava com muita dúvida em relação a alguma questão de coagulação intravascular disseminada e eu já tinha procurado no manual, já tinha procurado na internet e não achava nada [...] fui perguntar para minha preceptora, ela falou assim: ah, pesquisa no manual, mas não tem nada, tem um tópico lá, mas eu li em outro lugar. Não deram um retorno que precisava saber e isso é um limitador na minha aprendizagem. (GF4-3)

Essa autonomia, o fato de eu saber que eu estava contribuindo, que eu não estava sendo vista como qualquer pessoa pela paciente, mas o preceptor, muitos não olham assim, não vejo uma confiança deles em mim, no meu fazer, na assistência, falam que não sabemos nada, alguém que atrapalha. (GF-3-1)

E a mesma coisa, tem preceptor também que cobrava a gente, como se a gente tivesse obrigação de saber tudo e tinha

preceptor que tinha paciência de ensinar, ter um pouco da experiência e dizer assim: vou te ensinar alguma coisa”, então assim, foi bom e foi ruim, mas para mim no geral, eu falo que foi bom. (GF3-5)

Hoje, é cada vez mais crescente a necessidade de remuneração da preceptoria da residência, pois possibilita a criação de um vínculo com o profissional e mais além do campo de prática, também faz repensar o processo de trabalho na instituição de saúde. Esse investimento promove a formação de preceptores, políticas institucionais no campo de prática, valorização e remuneração, que se faz necessária para produção de um processo mais articulado à valorização do profissional atuante para a formação de novos profissionais de saúde.

Porque teve instituições que eu não me senti nenhum pouco acolhida, já até mesmo ouvi dizerem: ah eu não gosto de residente porque residente não sabe de nada. Não, alguns preceptores, não generalizando, tanto é que eu vou em contrapartida outros, outros relatos [...] então eu ouvi falarem não só em direcionado a mim mas a outros também, então várias vezes eu me perguntava “ai será que esse é pra mim?”, então toda essa pressão, essa falta de acolhimento, confiança em si e autoestima prejudica. (GF-2-1)

Eu imagino que muitos não se sentem tão estimulados pela questão financeira [tom alto], porque eu vejo muitos falarem “ah, mas não recebe nada”, “ah a instituição não me dá nenhuma contrapartida”. Então eu vou perder meu tempo para ensinar um residente, sendo que eu não estou ganhando nada com isso. Então eu acho assim, é uma coisa que a gente sempre falou, que deveria ser feito uma seleção de quem realmente, independente de receber ou não, mas quem está disposto a assumir uma preceptoria, e já está ciente se vai receber se não vai receber, que tenha esse interesse em ensinar, então seria muito bom fazer esse tipo de seleção por esse quesito. (GF1-3)

Não tem processo seletivo voluntario? Porque não faz na residência? A pessoa que quer vai lá e se candidata. Porque com todo respeito a vocês dois que tem muito ensino. Tem gente que está lá na preceptoria que não tem, que eu sei mais que o cara, que eu tenho vergonha de falar [gestos com as mãos]. A enfermeira me ensina tudo errado e é preceptora, assinou a minha frequência o mês todo. O colega dava aula para ela! Mas está bom não, ela é a preceptora, então está, entendeu? (GF1-6)

Eu acho que muitos não aceitariam na verdade, até porque eu já ouvi isso da boca deles, porque os preceptores a maioria são preceptores porque foi imposto isso para eles, porque eles eram do setor [...] onde não recebem por isso e acaba não dando a devida atenção a nós. (GF2-1)

Eu penso que assim [pensativo], como o preceptor ele vê dessa forma, eu já vi eles reclamarem, que como assim, ah, eles não ganham nada por isso, eles não têm esse interesse de estar ensinando, eu já passei por alguns setores e teve preceptor que eu fazia assim trabalho por nada [...] falta essa relação de debater, trocar experiência e mostrar o caminho. (GF2-3).

Teve um setor que eu cheguei, me apresentei, e ela: como assim? Eu nem estou sabendo que eu estou na preceptora, ninguém nunca me informou! [...] Aí eu peguei a lista, falei: não, mas está aqui seu nome, não eu não estou sabendo de nada, nunca me informaram, então tipo assim, a gente fica meio. (GF3-1)

A não realização do acolhimento por parte da coordenação, envolvendo a preceptoria para com os residentes nas instituições de cenário de prática no programa, constitui um desencontro com o exercício da preceptoria para a aprendizagem, pois é necessária a implantação não pelo preceptor, mas pela gestão do programa e dos cenários de prática, com um evento para subsidiar as relações e empatia entre a preceptoria e o residente em cada campo de atividades e do processo de trabalho.

Sozinho, chegar assim sozinho, e realmente tem preceptor as vezes não liga muito, não acolhe, não busca explicar, mostrar, apresentar o local para a gente, coisas que a gente precisa fazer, não tem um acolhimento para estreitar um pouco conosco. (GF1-3)

O meu acolhimento se dá no setor que eu vou estar, no R1 em nenhum momento eu me senti no início acolhida, tanto que no primeiro mês de março como r1 eu só chorava, e não escondo de ninguém [...] foi um trauma que eu levei para minha vida e que talvez isso possa fazer diferença. (GF-1-4)

O senhor perguntou, se prejudica essa falta de acolhimento. Eu digo por mim, que sim, faço comparações de instituições, teve instituições que, porque isso mexe com toda uma questão emocional, autoestima, com de tu até mesmo te perguntar se realmente aquilo é para ti, tanto que esse acolhimento ou a falta dele prejudica. (GF-1-5)

Em março vai entrar uma nova turma de residentes [...] os tutores, que estão lá na ponta, lá na maternidade: olha, vamos acolher os nossos residentes, afinal, contar com a gente, é uma mão de obra que vai estar lá com a gente. Então não tem um momento desse ou uma reunião no escritório para conhecer o preceptor, de hospital de qualquer lugar. Tem essa visita que a coordenação, muito bem colocado para a gente ver o roteiro, ter uma ambiência, mas, eu pelo menos defendo e digo que não teve. (GF-2-4)

E isso, esse fato deles não serem assim tão receptivos, acaba prejudicando o ensino aprendizado, porque as vezes eles acabam não vendo a gente ali como alguém que quer ajudar, como parte da equipe, como se a gente fosse atrapalhar, ou então assim, não tem nem a vontade de ensinar e mostrar para a gente. Se ocorresse esse acolhimento isso ajudaria, tanto com os professores e preceptores. (GF3-6)

Quanto a essa questão que a colega falou, realmente está faltando um acolhimento da parte assim dos preceptores que já estão no campo, quando a gente entra, as vezes o que melhor nos acolhe, melhor nos recebe, são nossos r2, que estão ali para ajudar a gente, auxiliar, ensinar, mas infelizmente muitos residentes não pôde ter essa oportunidade de ter um r2 com ele no campo. (GF4-2)

Há um significado por parte dos residentes de enfermagem obstétrica pela necessidade de organização da gestão do programa e serviço de não fornecer a formação de preceptoria e da promoção de um perfil para ser preceptor, pois, para estar na qualidade de preceptor no campo de prática, muito além de seu cargo, o educador deve estar envolvido e articulado para garantir uma formação de qualidade, mas para isso é preciso tanto políticas institucionais de valorização da preceptoria quanto observar e implementar mudanças no processo de trabalho.

Para isso, uma prática pautada nas evidências constitui uma importante estratégia para garantir os melhores cuidados obstétricos. Nisto, a coordenação deve propor medidas para garantir a formação da preceptoria, no desenvolvimento de atividade, mas principalmente na utilização de estratégias pedagógicas e avaliativas.

Eu acho que nem todo mundo tem perfil para ser preceptor, apesar de assumir o papel de preceptor, acho que assim, eu acho que assim, assim, como a gente é avaliado todo mês a gente deveria fazer uma avaliação, porque tem preceptor que que está aí totalmente despreparado. Teve um dia no PPP que eu passei lá e eu assumi o PPP, porque dos 3 preceptores, só

foi um, só tinha um enfermeiro e ele ficava sentado, acomodado [...] eu que atendia, transferência eu que fazia, admissão, eu que fazia, então eu assumi o PPP, eu fiz tudo sozinha. Se eu não fizesse, ele também não iria fazer, iria ficar lá o PPP e ainda ia ser prejudicada na hora da minha avaliação. (GF-4-3)

Mas também não deixa de a gente ter a nossa responsabilidade de estar estudando por fora, com as evidencias, essas coisas. A gente acaba se tornando um filtro dentro da pratica, porque a gente se depara com profissionais e profissionais, e a gente não vai mudar aquele profissional, a gente vai mudar a nossa conduta, a gente vai ter autonomia e responsabilidade sobre o que a gente vai fazer, principalmente [...] alinhar os meus pensamentos e as minhas condutas com aquilo que eu mesmo vou filtrar da teoria, claro, a gente acaba vendo coisas que a gente não vai fazer mas que querendo ou não, acaba agregando ao nosso conhecimento. (GF-1-6)

Eu acho que nós somos, além do filtro que a colega disse, que vai de pouquinho de pouquinho, eu ainda acredito muito que o residente é um ser e evidencia científica, só aquele que não estuda [...] nós tocamos as pessoas, nós tocamos os preceptores. Eu digo por mim, quando eu entrei no hospital, sendo difusores. Então eu acho que a gente é uma formiguinha que de pouquinho, de pouquinho, faz a diferença sim [...] é preciso que o preceptor seja capacitado para estar ali nos auxiliando, pois preciso dele para isso, e muitos não atuam conforme as evidências e acaba filtrando tudo. (GF-2-3)

Então é algo que a gente tem que verificar até porque eu acho que essa lista de preceptor que a gente tem lá, está muito desatualizada, tem enfermeiro que nem é mais preceptor que não. Ainda tem mais um problema, tem preceptor quando a gente chega ele diz logo “não fico com R1”, então a gente acaba perdendo a oportunidade de passar alguns campos por conta disso. (GF-4-5)

Tinha, dependendo do campo, tinha campo assim que era aquela assistência bem tradicional mesmo, ficava naquilo, era aquele protocolo e pronto. Tinha outros que tinham o protocolo tudinho, mas a gente sempre estava debatendo o que era importante, para aquela ocasião, se aquilo serviria para aquele momento, se já pedia uma atualização [...] então foram todos que garantem uma assistência com as evidências, temos que filtrar bastante. (GF4-6)

Desse modo, o processo de trabalho interfere diretamente no processo de aprendizagem na residência, onde o profissional-preceptor deve ser respeitado e valorizado, seja com políticas institucionais e de remuneração, seja para desenvolver

suas atividades de forma exitosa com o residente, com trocas entre outros profissionais, garantindo a educação interprofissional, sendo um dos escopos das atuais políticas públicas.

6. DISCUSSÃO

6.1. O processo de ensino aprendizagem pautado pela interprofissionalidade

Um estudo de Lima, Sabino e Gouveia (2018) evidencia que a organização do serviço pelo enfermeiro é desarticulada e agravada pelas condições desfavoráveis de trabalho, o que implica no planejamento, execução e avaliação individual de cada profissional, sem uma articulação interdisciplinar, que poderia potencializar a integralidade das ações.

No contexto obstétrico, pela quantidade de residentes, o campo de prática se torna competitivo e desafiador, principalmente à mulher e recém-nascido que são assistidos devido a inexistência de um planejamento prévio dos cuidados, a sobrecarga de trabalho, os recursos materiais, a estrutura física e relações interpessoais deficientes (LIMA, SABINO E GOUVEIA; 2018). Onde muitas vezes, a centralidade no preceptor, se configura um processo de deficiências de trocas cotidianas para o aprendizado.

Dessa forma, tem-se a interprofissionalidade, que dentro do campo do processo de trabalho permite que tanto profissionais, preceptores e residentes de mais de uma especialidade, ou núcleos profissionais, aprendam sobre os outros, com os outros e entre si, onde constitui uma estratégia que oportuniza o desenvolvimento do trabalho coletivo efetivo, com o intento de otimizar a qualidade da atenção à saúde (ARAÚJO *et al.*, 2017), pois é com o processo diário das trocas da realidade que se promove o processo de trabalho com aprendizagem na residência.

A partir disto, as atividades interprofissionais dentro das instituições de ensino podem e devem ser articuladas para potencializar a efetividade das ações. A enfermagem desenvolve uma teia de relações interpessoais e grupais entre si e os demais envolvidos no processo de trabalho de caráter complexo que exige da enfermeira uma atenção especial no gerenciamento destas relações (LIMA, SABINO & GOUVEIA, 2018). Dar sentido às relações sociais e institucionais a partir de diálogo reflexivo e troca de experiência e conhecimento torna possível reduzir distanciamentos pedagógicos entre profissionais da atenção/cuidado, da formação e da gestão (ALVES *et al.*, 2020). Assim, conforme Paulo Freire (2021) as relações cotidianas há o aprendizado em no entender, na troca, no pensar e refletir dos processos de trabalho para a aprendizagem.

A interprofissionalidade favorece a implementação da prática colaborativa em saúde, uma vez que esta pressupõe a incorporação da experiência de profissionais de diversos núcleos do saber, estimulando a comunicação entre eles e a tomada de decisão, com vistas a consolidar a integralidade do cuidado. É neste conceito que a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde se baseia; a atualização constante e profissionalização de todos os atores em serviço para a melhora da qualidade da assistência e consolidação de competências (BRASIL, 2009).

A residência favorece a troca que Freire (2021) tanto busca e defende: “quem ensina, aprende ao ensinar, e quem aprende, ensina ao aprender” (FREIRE, 2021, p. 25). Hoje o sentido da interprofissionalidade e das práticas pedagógicas é dar valor ao aprendizado no coletivo, com os outros e sobre os outros no processo de trabalho. Essa relação de trocas com outras formações e profissionais de saúde são cruciais, pois o conhecimento ele configura em movimento e apenas a relação com o preceptor, temos de pensar todo processo envolvido que está nestas relações cotidianas que são oportunizadas. Assim, o educador constitui um facilitador e o processo de ensino-aprendizagem como uma via de “mão dupla”, que tanto o educando e educador participam ativamente do processo de produção do saber, construindo pontes para o conhecimento.

Além disto, a conscientização sobre a importância do seu papel deve ser direcionada para a formação profissional de outrem e para com a instituição em que trabalha, direciona para a melhoria coletiva. Só quando o indivíduo entende o seu papel no mundo (no coletivo), é que pode fazer com que a transformação pelo conhecimento ocorra em seu meio (FREIRE, 2016). Pois, o preceptor constitui com o seu real papel na aprendizagem na residência contribui para a autonomia libertadora do residente (FREIRE, 2016).

Essa pedagogia proposta por Paulo Freire constitui um norteador das práticas educativas em saúde, e se baseia na construção coletiva de todos os atores envolvidos, e neste caso, com os professores, preceptores, residentes, profissionais de saúde, gestores dos serviços. Essa proposta tem o intuito de mudança do paradigma tradicional da educação, com apenas a transferência de conteúdos para propiciar um sentido mais crítico e reflexivos da aprendizagem, devendo a interprofissionalidade com um processo mais horizontal se articule com uma postura de respeito e compromisso com o outro, que se manifesta na reciprocidade de saberes e de conhecimento (Garzon; SILVA; MARQUES, 2018).

Assim, a interprofissionalidade alinhada ao pensamento crítico e reflexivo possibilita a residência em enfermagem obstétrica pautada no saber de troca e garantir tanto a participação de todos, mas principalmente no respeito nas distintas formas do seu saber e conhecimento.

Destaca-se, a importância do envolvimento de diferentes atores no processo, para além dos profissionais da área, o que amplia o escopo de atuação destes e as conquistas dos objetivos de saúde; apesar de a “competição” por espaço de atuação dentro da assistência, junto à equipe médica, ter sido citada como um entrave para o processo ensino-aprendizagem. É importante ressaltar ainda que a atuação conjunta, hoje, acontece de forma mais natural, pela presença e insistência destes residentes em obstetrícia multiprofissionais em campo, que com técnicas atualizadas contribuem positivamente para a assistência à mulher, quebrando barreiras e tabus nessa relação profissional entre médicos e enfermeiros.

Neste processo assistencial e pedagógico, deve ser mediado e não apenas um campo de disputa, onde o compartilhar e dialogar sejam o aporte para a aprendizagem e na transformação do espaço da residência, visando maior integração e efetivar a interprofissionalidade e a prática colaborativa para uma assistência e ensino de forma integral, qualificada, singular, humana, digna e respeitosa (SILVA *et al.*, 2020). Dessa forma, torna-se essencial a integração entre o ensino e serviço para garantir um processo de ensino-aprendizagem, maior articulação com os atores sociais neste processo, como preceptores, gestores e profissionais de saúde, garantindo recursos humanos mais críticos e reflexivos, que possam fortalecer e desenvolver ações nos vários pontos de atenção à saúde (PACZEK; ALEXANDRE, 2019).

6.2. O preceptor como o elo entre ensino e aprendizagem

O entendimento dos residentes perpassa pela ideia de que o processo de ensino-aprendizagem é norteado por um conjunto de condicionantes sobre os métodos, pessoas, infraestrutura, processo de trabalho, gestão que possibilitam a transmissão, criação e troca de conhecimento. Esses métodos são empregados a depender do “local, idade, nacionalidade, realidade social e diversos outros fatores que influenciam a forma de aprender do aluno (FREITAS, 2016). A realidade que perpassa a residência de enfermagem obstétrica, como é possível observar nos mapas conceituais, envolve questões sociais, estruturais, de ensino e aprendizagem.

O preceptor é representado como um importante mediador de conhecimento entre os residentes, ele desenvolve práticas na assistência que irão relacionar educação no processo de trabalho e o residente, compartilhando a responsabilidade sobre o conhecimento adquirido. Esse profissional constitui um elo primordial na formação. Mas, que precisa tanto da valorização e incentivo da instituição formadora, tanto dos serviços de saúde parceiros. Esse papel é crucial para garantir pessoas envolvidas no processo (RIBEIRO, 2015).

Para BOTTI & REGO (2008) a troca de saberes, mais do que a profissionalização do preceptor, ele é o profissional que irá contribuir com o residente a reconhecer suas potencialidades e fragilidades, ele se envolve no processo. Os autores afirmam que:

O profissional experiente deve ser aquele que faz o jovem em formação honrar seus sonhos e pontos de vista. Ele pode trazer à tona o que o mais novo tem de melhor e ajudá-lo a desempenhar seu papel, mostrando que cada um é realmente importante no mundo em que vivemos (BOTTI & REGO, 2009, p. 370).

Torna-se importante compreender que os processos de raciocínio estão fundados ao ensino e que para sua evolução é imperativo manter uma interação ativa com as ideias (RIBEIRO, 2015). A prática da preceptoria pode assim, ser considerada uma prática educativa que demanda planejamento, competência, criatividade e sensibilidade. O preceptor que não reconhece o processo de ensino como inerente à sua prática, pode resumir o processo a delegar tarefas e não estabelecer uma relação de troca, verdadeiramente pedagógica, como Paulo Freire (2021) estabelece no processo de aprendizagem. Assim, Lima; Sabino; Gouveia (2018) afirmam que:

É necessário que cada profissional de saúde identifique o lugar que ocupa no processo de trabalho e compreenda os seus instrumentos de trabalho para que possa realizar uma assistência de qualidade de forma integral, onde possa ser atendida as expectativas do doente/usuário, assim como o estabelecimento de confiança desses com o profissional de saúde. O saber específico de cada profissão deve ser valorizado e reconhecido para que todos participem e contribuam para o estabelecimento de uma assistência humanizada (LIMA; SABINO; GOUVEIA, 2018, p. 3).

A forma tradicional de aprendizagem, abrangido e combatido por Freire, formou muitos dos profissionais que hoje trabalham na preceptoria, sobrepondo a prática que é trazida pelas evidências científicas advindas do avanço tecnológico-assistencial dos

últimos anos na obstetrícia. Um bom preceptor busca o desenvolvimento do residente, com avaliação clínica, crítico, participativo, com aquisição de habilidade e competências profissionais.

Pois, o ato de ensinar vai além do processo de transmissão do conhecimento e demanda interação com o residente na construção do aprendizado, requer segurança, generosidade, saber escutar, competência profissional, comprometimento, consciência, liberdade, saber que a educação é um modo de intervir no mundo. É uma tomada de decisão e disponibilidade para o diálogo. Por isso deve-se ter as estratégias didáticas para permear essa prática, e é importante que o professor-preceptor tenha expertise da prática pedagógica, além de outros saberes, como o conhecimento dos alunos, dos valores educacionais, do currículo e do contexto educativo (PACZEK; ALEXANDRE, 2019).

Tendo em vista a concepção Freiriana de ensino-aprendizagem, a relação entre preceptor e aluno – neste caso específico, de acordo com as suas pedagogias, a afetividade, o respeito sobre a autonomia e a interação entre os sujeitos, são de fundamental importância para a construção do profissional qualificado no âmbito da saúde (BARBOSA, 2017). Assim, o ensino deve ser um ato cíclico de compreensão, raciocínio e transformação. É uma prática que demanda planejamento, organização competência, sensibilidade e criatividade.

Nesta perspectiva, o preceptor de campo de prática na residência pode e deve ser um dos maiores atores na formação profissional, entendendo-se como parte do processo de ensino-aprendizagem, e, uma vez que os mesmos não se envolvem desta forma, não possuem a base necessária fornecida pela instituição, não são orientados sobre o processo de ensino aprendizagem, prejudicam este processo crucial na formação de novos profissionais.

Dessa forma, isso é preocupante, pois o residente, sem o devido acompanhamento do preceptor, fica sem orientação e acaba se expondo a práticas inadequadas e que influenciarão sua formação e conseqüentemente sua atuação profissional (RIBEIRO, 2015). De acordo com Lima (2015), com as transformações que ocorrem no mundo moderno decorrentes de inovações tecnológicas e novas formas de fluxo de trabalho, na saúde principalmente, as instituições necessitam de constante atualização de suas práticas e conseqüentemente de seus prestadores, diferenciando assim suas práticas e exigindo competência profissional adequada à nova realidade do serviço.

Na ótica dos residentes, o aprendizado valorizado ainda permeia-se no tradicional repasse de conhecimentos, por isso o estímulo de atividades com a realização de metodologias ativas são uma possibilidade importante a ser debatida, considerada e constitui um tema atual para garantir melhores processos na aprendizagem, com a realização de grupos de estudos, relatos de casos, simulações realísticas da realidade, apresentação de projetos e estudos para debater os temas da área, assim são inúmeras possibilidades. Mas, precisa ter essa ampla formação, tanto de professores e preceptores para garantir assim melhor qualidade na formação da residência em enfermagem obstétrica. Além disto, Freire (2021) em sua obra “Pedagogia da Autonomia” reforça que:

É preciso, sobretudo, (...) que o formando, desde o princípio de sua experiência formadora, assumindo-se como sujeito também da produção do saber, se convença definitivamente de que ensinar não é *transferir conhecimento*, mas criar as possibilidades para a sua produção ou a sua construção (FREIRE, 2021, p. 24).

A utilização de metodologias ativas de aprendizagem, contribui para romper com o paradigma educacional do tradicionalismo, e explorar novas perspectivas de ensinar e aprender. Nesta modalidade, quando maior envolvimento no conteúdo discutido, maior a capacidade de compreensão e a correlação com a realidade. Ainda se mostra uma metodologia que garante maior formação do enfermeiro, com um olhar crítico e reflexivo, com discussão e argumentações do cotidiano da prática em saúde (GHEZZI *et al.*, 2021).

Assim, com a utilização de metodologias ativas na residência, com demonstrações realísticas, traz a centralidade para o residente nestas discussões e não apenas o saber com o domínio com o professor ou preceptor, onde mostra que essas estratégias são cruciais para uma formação de qualidade. Essas estratégias visam distanciar do paradigma bancário, como determina Paulo Freire (2021), com romper com um modelo fragmentado, que constitui com base nas técnicas e rotinas cotidianas do processo pedagógico. Desse modo, o processo pedagógico ainda tem uma similaridade com a organização do trabalho, com uma assistência hierarquizada, sem o trabalho em equipe, mas pelas especialidades na atuação, onde não se tem a ideia da interprofissionalidade com base no trabalho colaborativo em saúde, com a figura central do preceptor e na competência técnica, onde não há quase situações

oportunizada pelo debate e a problematizações diárias cotidiana do processo de trabalho da enfermagem obstétrica.

O residente então deve se reconhecer parte ativa no processo de ensino aprendizagem, responsável também pela atualização do campo de prática. Entender que por meio da sua prática, do seu exemplo, a realidade pode ser transformada e inovadora.

6.3. Os impactos do campo de prática no processo de ensino aprendizagem

Os significados dos residentes sobre o programa em si, traz consigo um peso sobre as angústias vividas nos campos de prática. Os benefícios são muitos, mas o que marca, são de fato, as experiências impactantes que eles vivem em campo.

A exemplo disto, alguns desafios, ou pontos negativos foram trazidos a partir da construção dos mapas conceituais e da realização dos grupos focais. Em relação aos obstáculos: dificuldade na relação interpessoal e comunicação com o preceptor, falta de alinhamento entre a coordenação e preceptoria, acolhimento as instituições de saúde, falta de autonomia, desrespeito com residente, falta de recepção dos preceptores, carga teórica insuficiente, desorganização das aulas teóricas, aulas remotas, obrigatoriedade na vacinação, falta de local de descanso, tempo insuficiente em cada cenário de prática, falta de capacitação e atualização dos preceptores e desvio de função.

É importante ressaltar que a partir dos grupos focais dos residentes, é possível identificar que há uma linha muito tênue entre o profissional enfermeiro recém-formado, com responsabilidade técnica sobre a assistência, e o profissional recém-formado que está se especializando em obstetrícia e possui pouco domínio sobre a área para estar assumindo procedimentos sem supervisão técnica. Portanto, desde o início do curso, especialmente entre os R1, há uma cobrança quanto à esta supervisão do superior (preceptor ou R2) desde o acolhimento até a prática em campo com um desequilíbrio nestas atribuições.

Para Lima, Sabino e Gouveia (2018) é necessário que cada profissional de saúde identifique o lugar que ocupa no processo de trabalho e compreenda seus instrumentos de trabalho para que possa realizar uma assistência de qualidade e de forma integral” (LIMA, SABINO & GOUVEIA, 2018). Portanto, independente de uma organização institucional, o residente precisa assumir seu lugar no serviço e ter seu

sentimento de pertencimento. Porém, visto que existe uma hierarquia que conecta o programa de formação e a instituição formadora, deveria ser de responsabilidade da mesma ser o elo que fornece essa segurança ao residente.

Não obstante, um estudo realizado por Ramos e Rennó (2018) constitui um achado similar quanto aos desafios apontados pelos egressos do Programa de Residência em Atenção Básica/ Saúde da Família em Minas Gerais:

O não acolhimento da equipe, juntamente com a coordenação, preceptores e tutores do Programa foi apontado como fator dificultador para a aquisição das competências e habilidades, sendo o acolhimento humanizado, apontado como facilitador (RAMOS E RENNÓ, 2018, p. 8).

Assim, um dos condicionantes para ter uma política de ensino-aprendizagem na REO, perpassa tanto para a gestão, residentes, professores, tutores, residentes e instituições colaborativas. Os dados deste estudo desenvolvido reafirmam essa necessidade. É preciso a articulação do programa com a preceptoria. Contudo, precisa-se afirmar que o processo de aprendizagem não envolve apenas a preceptoria, mas todo processo envolvido com o professor, tutor, residente, serviços de saúde parceiros, infraestrutura do programa e muito mais.

Profissionais capacitados, tanto professores, preceptores, tutores deve ser um ponto central e crucial para o programa, mas muito além desta capacitação o envolvimento nesta formação e no processo de aprendizagem. Porém, é preciso articulação da gestão para garantir essa cooperação para melhor processo na formação na residência em enfermagem obstétrica, também com o projeto pedagógico do curso.

Existe então, uma proposta com embasamento Freiriano associado à PNH por Filho e Souza (2020) que propõe uma formação em serviço que não feche os olhos ao complexo contexto de organização do trabalho e do cuidado no concreto dos serviços, que não reduza a uma preparação tecnicista, que não negligencie as relações institucionais”, mas que principalmente, não distancie atenção e gestão (FILHO & SOUZA, 2020).

O reconhecimento pelas instituições e atores institucionais a partir do residente como parte fundamental e ativa na remodelação da atuação da enfermagem obstétrica para a re-centralização da atuação na assistência a mulher, recém-nascido e família é urgente para que o processo formativo seja pautado de uma forma mais organizacional e planejada, para que o residente seja inserido como parte ativa na

assistência e assim, promover a melhora dos programas formativos na modalidade residência.

É presente na fala dos residentes também um sentimento de impotência diante da forma de tratamento que recebem em certos campos de prática, havendo sim, a questão da falta de acolhimento, mas também uma hierarquização cheia de imponência e imposições que geram constrangimento e frustração, impedindo que o residente em formação se sinta seguro com tais atores. Portanto, é importante que o preceptor saiba reconhecer o seu papel dentro do processo, tendo a função primordial de ajudar o residente a desenvolver habilidades clínicas e avaliar o seu desempenho (BOTTI & REGO, 2008). Vendruscolo afirma que:

cabe destacar que a relevância da aprendizagem 'no' e 'para' o trabalho em saúde requer a implementação de estratégias educacionais dirigidas à formação de professores e trabalhadores preceptores (do serviço), fundamentadas nos pressupostos da Educação Permanente em Saúde, com vistas a mobilizar o desenvolvimento de competências pedagógicas de profissionais vinculados ao ensino nessa área (VENDRUSCOLO, 2021, P. 12).

Ainda neste contexto, a educação permanente se baseia principalmente no aprimoramento profissional em serviço para a melhoria assistencial e possibilidade da transformação de realidades do cotidiano das instituições. Assim, a preceptoria, associada ao aprendizado através da atualização dos staffs e equipe como um todo, fortalecem um elo entre a educação de novos profissionais e as instituições de ensino (BRASIL, 2009; ALVES *et al.*, 2020). Como afirma Vendruscolo *et al.* (2021) em seu estudo: Professores e preceptores reconhecem que a sua atuação em preceptoria, quando ancorada em processos de diálogo, planejamento e negociação, faz a diferença para o processo de formação de profissionais de enfermagem.

Muitos preceptores são reconhecidos também como profissionais exemplo, aqueles que despertam aspirações e o sentimento de valorização pelo residente. Muitas vezes, os preceptores servem de modelo para o desenvolvimento e crescimento pessoal dos recém-graduados e, ainda, auxiliam na formação ética dos novos profissionais durante determinado período de tempo (BOTTI & REGO, 2008). Por isso, acredita-se que estes deveriam ser mais valorizados, seja por mérito ou com subsídios financeiros, os quais hoje são inexistentes neste programa em específico.

Ainda é necessário que haja melhorias no acolhimento destes profissionais preceptores ao programa e talvez futuramente um elo mais fortalecido pelo vínculo

empregatício. Enquanto isso, a aproximação por meio da realização de reuniões e cursos, ou até mesmo bolsas, foram algumas das sugestões que surgiram pelos residentes.

Em consonância aos resultados do estudo, uma pesquisa realizada em São Paulo com a Residência de Medicina da Família e Comunidade mostrou a necessidade da valorização do preceptor. Para dar a qualidade da preceptoria é imprescindível a implantação de políticas para valorização desses profissionais, objetivando sua fixação e vinculação ao programa (GARCIA *et al.*, 2016). Dessa forma, com esses resultados similares mostra como é urgente a valorização e implementação de políticas tanto para o MEC e da UFPA, com o intuito de estabelecer um padrão de qualidade da preceptoria e pessoas envolvidas no processo de formação.

É necessário que haja articulação entre a teoria e a prática, e a formação da preceptoria constitui um importante alicerce na residência, pois há ainda uma dicotomia na formação da REO. Como o estudo promovido por Franco *et al.* (2020), que constatou a fragmentação e dualidade entre a teoria e a prática os desafios para o processo de ensino-aprendizagem.

Essa articulação deve ter como propósito de garantir a construção de um conhecimento que promova mudanças efetivas, que possa contribuir na formação profissional dos futuros residentes, com uma prática embasada nas evidências científicas e políticas de saúde (MARTINS; SCARCELLA, 2020). Dessa forma, entende que o preceptor tem um papel crucial nesta formação, e para isso torna-se necessário a formação do preceptor para garantir uma prática saudável e qualificada.

Para as aulas teóricas a utilização de metodologias ativas, com rodas de conversa, simulação realísticas são as principais estratégias para qualificar o processo de ensino-aprendizagem. Como maior integração da coordenação do programa como processos avaliativos, especialmente na preceptoria. Assim, medidas necessárias para trazer maior alinhamento e uma formação que atenda as necessidades dos residentes e de qualidade.

Desse modo, há obstáculos na formação, mas com a participação de todos há a garantia da mudança da realidade para um aprendizado saudável e com qualidade, e o pensar e refletir os processos, se baseia na construção para essa melhoria de todos os envolvidos. Pois, a Pós-graduação lato sensu na modalidade de residência em enfermagem obstétrica constitui um potente política de formação de novos

profissionais para os serviços de saúde, com o desenvolvimento de competência e habilidades dentro de uma formação crítico e reflexiva.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com o delineamento deste estudo, é possível afirmar que os objetivos propostos inicialmente pela pesquisa foram atendidos, os quais evidenciaram os benefícios e obstáculos encontrados em campos de prática para a formação profissional de enfermeiros obstetras, além de elucidar os significados existentes entre os residentes de Enfermagem Obstétrica sobre o processo de ensino aprendizagem no campo de prática.

É importante ressaltar neste momento os benefícios, desafios e estratégias de melhorias que estes significados trouxeram. Dentre os benefícios, estão: o processo de aprendizagem no programa de Residência de Enfermagem Obstétrica possibilita maior segurança, autonomia, aprimoramento profissional, conhecimento teórico e vivência prática, diferenciação no mercado de trabalho e humanização da assistência à mulher e à recém nato. Como obstáculos foi evidenciada a necessidade de um acolhimento pela coordenação e instituições de saúde parceiras, além dos preceptores em campo, com uma melhor organização no cronograma de aulas práticas e teóricas, melhorias estruturais em serviço e melhor preparação científica dos preceptores.

Como estratégias que podem contribuir de modo positivo para qualificar o processo de ensino-aprendizagem estão a seleção e capacitação de preceptores, utilização de metodologias ativas, simulação realística, estudos de casos, rodas de conversa, valorização/estímulo na preceptoria, integração entre a coordenação e preceptoria para estabelecimento de propostas de ensino-aprendizagem, mais presença da coordenação nos campos de prática e avaliação dos preceptores, integração entre residentes, preceptores e coordenação.

Considerando o residente, ele deve se sentir parte integrante do processo de aprendizagem, podendo haver um incentivo para integralização de tomada de decisões, como o respeito a este profissional estudante, disponibilidade de escala, maior tempo nos serviços de saúde para garantir maior vivência e assim maior troca com a instituição e com os preceptores. O respeito como parte integrante e suas necessidades devem sempre ser repensadas, especialmente a carga horária de 60h semanais. É preciso criar espaços e estratégias para garantir tempo de estudos, e assim fomentar um processo de mais qualidade e troca no cotidiano de cuidado.

A avaliação do residente deve servir de base para uma formação de qualidade. Quais os parâmetros de avaliação do residente dentro do programa? É preciso estabelecer esses condicionantes para avaliação, tanto na parte teórica quanto na parte prática. Para que todo processo esteja articulado com uma formação exitosa e de qualidade e com ações voltadas para o processo de trabalho nas instituições, favorecendo o acompanhamento e supervisão do residente com as atividades práticas.

Dessa forma, a partir desses sentidos, há muito o que refletir sobre os significados oriundos dos mapas conceituais construídos pelos residentes, principalmente para a capacitação e processo de seleção dos preceptores, articulação entre a coordenação e a preceptoria e organização tanto do cenário prático e das aulas teóricas.

Esta troca de conhecimento entre residente, instituição de ensino, preceptores e campo de prática compõem as várias interfaces de ensino aprendizagem do programa da REO da UFPA. Com isso, os significados sobre o que une e dá o pontapé inicial para que as primeiras transformações aconteçam, é identificar um elo que envolva todas estas interfaces. Este elo, dentro do processo formativo, pode ser considerado o manual que rege todas estas funções, que designa e define as atividades que serão desenvolvidas, como serão desenvolvidas e quais habilidades surgirão a partir disto.

A apresentação das percepções e significados aqui trazidos, somados à revisão sobre as necessidades elucidadas, frente ao currículo pedagógico atual da REO possibilitará contribuições e mudanças envolvendo estas interfaces, que agora estarão fortalecidas por um novo elo, uma nova forma de construir conhecimento e dimensionar os trabalhos que virão a ser desenvolvidos.

Torna-se necessária uma avaliação sobre a gestão do programa, na parte gerencial e organizacional, que seja pautada na organização de processos e na formação de professores e tutores. Também a infraestrutura dentro da própria instituição e seus parceiros institucionais para realização das atividades, especialmente na parte prática.

A dicotomia entre aulas teóricas e práticas que se tornam um impasse para o processo ensino aprendizagem deve-se considerar a necessidade de levar a formação do obstetra para além dos muros da universidade, ajudá-lo a “criar asas” para que possa trazer um novo olhar sob a perspectiva regional.

Essa cooperação de instituições de serviços de saúde, com o seu espaço, acolhimento na UFPA e nos serviços de saúde; como uma política de preceptoria, incentivo e valorização deste profissional, torna-se um atrativo para melhor capacitação e qualidade no programa.

Conclui-se que é necessária uma maior aproximação entre coordenação, preceptoria e residentes; além disto, um maior alinhamento entre teoria e prática e acolhimento dos campos práticos e coordenação. E mesmo o preceptor tendo uma grande participação no processo ensino aprendizagem, o mesmo necessita de subsídios e informações que possam incentivá-lo ao interesse em investir na sua própria formação como educador e ao ensino.

Diante do ineditismo do estudo, com a décima turma sendo formada em 2023, o cenário da pandemia que passamos, já é possível e necessário que se desenvolvam maiores pesquisas sobre a qualidade do ensino e dos profissionais que estão sendo formados pelo programa da REO da UFPA, no intuito de dar retorno à instituição sobre o processo de ensino aprendizagem. Faz-se necessário também a avaliação sobre o currículo pedagógico atual, com uma revisão sobre as competências e habilidades englobadas pelo mesmo, comparando-se aos resultados obtidos por este estudo e com as atualizações assistenciais e formativas que são trazidas todos os dias com novos estudos.

Por fim, espera-se que este estudo apresente significados importantes a serem considerados não somente pela UFPA, mas pelas instituições de ensino que contemplam a formação na modalidade residência, visto que o residente deve ser parte ativa neste processo, considerando as suas necessidades acerca da formação para criar um espaço favorável ao desenvolvimento de habilidades e competências para a assistência integral a saúde da mulher no ciclo gravídico puerperal.

REFERÊNCIAS

ALVES, V. H.; VIDAL, A. P.; DULFE, P. A. M.; VIEIRA, B. D. G.; SILVA, L. A.; FONTOURA, A. M. T.; BRANCO, M. B. L. R. Preceptoria em Enfermagem obstétrica: formação-intervenção no trabalho em saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Universidade Federal Fluminense, Riso de Janeiro. v. 73 (6) p. 1-9, 2020.

AMARAL, R. C. S.; ALVES, V. H.; PEREIRA, A. V.; RODRIGUES, D. P.; SILVA, L. A.; MARCHIORI, G. R. S. A inserção da enfermeira obstétrica no parto e nascimento: obstáculos em um hospital de ensino no Rio de Janeiro. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro. v. 23, n. 1, p. e20180218, 2019.

AMORIM, M. **Estudando Episiotomia**. In: Femina [s.n]. [2012]. Disponível em: <http://estudamelania.blogspot.com/2012/08/estudando-episiotomia.html> Acesso em: 01 abr. 2021

ARAÚJO, T. A. M.; VASCONCELOS, A. C. C. P.; PESSOA, T. R. R. F.; FORTE, F. D. S. Multiprofissionalidade e interprofissionalidade em uma residência hospitalar: o olhar de residentes e preceptores. **Interface**, São Paulo. v. 21, n. 62, p. 601-613, 2017.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE OBSTETRIZES E ENFERMEIROS OBSTETRAS. **Competências Essenciais Para O Exercício Básico Da Obstetrícia/2002**. Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Obstetizas e Enfermeiros Obstetizas, 2019.

BARBOSA, V. D. A. **A relação professor-aluno o processo de ensino aprendizagem**. In: WebArtigos [2017]. Disponível em: <https://www.webartigos.com/artigos/a-relacao-professor-aluno-no-processo-de/73895/> Acesso em: 19 jun. 2022.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70. 229 p. 2011.

BOERMA, T.; RONSMANS, C.; MELESSE, D. Y.; BARROS, A. J. D.; BARROS, F. C.; JUAN, L. M. D.; et al. Global epidemiology of use of and disparities in caesarean sections. **The Lancet**, London, v. 392, p. 10155, p. 1341-8, 2018.

BONIN, L. F. R. **Educação, consciência e cidadania**. SILVEIRA, A. F., et al., org. Cidadania e participação social [online]. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais, p. 92-104. 2008.

BOTTI, S. H. O; REGO, S. Preceptor, Supervisor, Tutor e Mentor: Quais são os seus papéis? **Revista Brasileira de Educação Médica**. Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro. v. 32, p. 363-373, 2008.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. **Agenda nacional de prioridades de pesquisa em saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. MINISTÉRIO DE EDUCAÇÃO. **CFE/PAR nº 163/72**. Fixa os mínimos de conteúdo e duração do Curso de Graduação em Enfermagem e Obstetrícia. Brasília: Ministério da Educação, 1972.

BRASIL. MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. Conselho Nacional de Educação. **Parecer CNE/CES 1.133, 7 de agosto de 2001**. Dispõe sobre as diretrizes curriculares nacionais dos cursos de Graduação em Enfermagem, Medicina e Nutrição. Brasília: Ministério da Educação, 2001.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. **Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal: versão resumida**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Educação Permanente em Saúde: Reconhecer a produção local de cotidianos de saúde e ativar práticas colaborativas de aprendizagem e de entrelaçamento de saberes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 1990.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Óbitos de mulheres em idade fértil e óbitos maternos - Pará**. Óbitos maternos por Morte grav/puerp segundo município, período: 2014-2017. Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Política Nacional de Humanização**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria Conjunta nº 5, de 31 de outubro de 2012**. Homologa o resultado do processo de seleção dos projetos que se candidataram ao Programa Nacional de Bolsas para Residência em Enfermagem Obstétrica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria n/ 11, de 7 de janeiro de 2015**. Redefine as diretrizes para implantação e habilitação de Centro de Parto Normal (CPN), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), para o atendimento à mulher e ao recém-nascido no momento do parto e do nascimento, em conformidade com o Componente parto e nascimento da Rede Cegonha, e dispõe sobre os respectivos incentivos financeiros de investimento, custeio e custeio mensal. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011**. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. **Política Nacional de**

Educação Permanente em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. DATASUS. **Taxa de cesarianas por região em 2019.** Brasília: DATASUS, 2019. Disponível em: Informações de Saúde (TABNET), DATASUS (saude.gov.br) Acesso em: 01 abr. 2021

CARABETTA JÚNIOR, V. A utilização de mapas conceituais como recurso didático para a construção e interrelação de conceitos. **Revista Brasileira de Educação Médica**, São Paulo, v. 37, n. 3, p. 441-447, 2013.

CÂMARA, R. H. Análise de conteúdo: da teoria à prática em pesquisas sociais aplicadas às organizações. **Gerais: Revista Interinstitucional de Psicologia**, Uberlândia, v. 6, n. 2, p. 179-191, 2013.

CAMELO, S. H. H.; ANGERAMI, E. L. S. Competência profissional: a construção de conceitos, estratégias desenvolvidas pelos serviços de saúde e implicações para a enfermagem. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 22, n. 2, p. 552-60, 2013.

CAMPOS, A. S.; ALMEIDA, A. C. C. H.; SANTOS, R. P. Crenças, mitos e tabus de gestantes acerca do parto normal. **Revista de Enfermagem da UFSM**, Santa Maria, v. 4, n. 2, p. 332-341, 2014.

CARNEIRO, M. S. **Representações Sociais de Professores do Curso de Enfermagem das Instituições de Ensino Superior Públicas sobre Práticas Obstétricas: implicações para a formação docente.** Belém: 2018. 243 f. Tese (doutorado) - Programa de Pós-Graduação em Educação, Instituto de Ciências da Educação, Universidade Federal do Pará.

CASSIANI, S. H. B.; LIRA NETO, J. C. G. Nursing Perspectives and the “Nursing Now” Campaign. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 71, n. 5, p. 2351-2, 2018.

CASTRO, J. C.; CLAPIS, M. J. Parto humanizado na percepção das enfermeiras obstétricas envolvidas com a assistência ao parto. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, São Paulo, v. 13, n. 6, p. 960-7, 2005.

CENTRO LATINO-AMERICANO DE PERINATOLOGIA. **Conjunto de ferramentas para o fortalecimento da parteria nas Américas.** Montevideu: Centro Latino-Americano de perinatologia, 2014.

CHIARELLA, T.; BIVANCO-LIMA, D.; MOURA, J. C.; MARQUES, M. C. C.; MARSIGLIA, R. M. G. A Pedagogia de Paulo Freire e o Processo Ensino-Aprendizagem na Educação Médica. **Revista Brasileira de Educação Médica**, São Paulo, v. 39, n. 3, p. 418-425, 2015.

CINTRA, N. R.; RIESCO, M. L. G. Caracterização dos cursos de graduação em Obstetrícia em países da América do Sul. **Interface (Botucatu)**, v. 23, p. e180505, 2019.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Comissão de Saúde da Mulher. **Recomendações sobre a formação em Enfermagem Obstétrica**. Brasília: Conselho Federal de Enfermagem, 2013.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Lei n 7.498/86 de 25 de junho de 1986**. Dispõe sobre o Exercício da Profissão de Enfermagem. Brasília: Conselho Federal de Enfermagem, 1986.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. DE MATO GROSSO DO SUL. **Brasil precisa de milhares de enfermeiros obstetras**. Cuiabá: Conselho Regional de Enfermagem de Mato Grosso do Sul, 2016.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Parecer Técnico nº 206 de 06 de agosto de 2015**. Realização de ultrassonografia obstétrica pelo enfermeiro obstetra. Brasília: Conselho Federal de Enfermagem, 2015a.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução nº 0477 de 14 de abril de 2015**. Dispõe sobre a atuação de Enfermeiros na assistência às gestantes, parturientes e puérperas. Brasília: Conselho Federal de Enfermagem, 2015b.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução nº 0478 de 14 de abril de 2015**. Normatiza a atuação e a responsabilidade civil do Enfermeiro Obstetra e Obstetrix nos Centros de Parto Normal e/ou Casas de Parto e dá outras providências. Brasília: Conselho Federal de Enfermagem, 2015c.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução nº 0479 de 14 de abril de 2015**. Estabelece critérios para registro de títulos de Enfermeiro Obstetra e Obstetrix no âmbito do Sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem, e dá outras providências. Brasília: Conselho Federal de Enfermagem, 2015d.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução nº 516 de 24 de junho de 2016**. Estabelece critérios para registro de títulos de Enfermeiro Obstetra e Obstetrix no âmbito do Sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem, e dá outras providências. Brasília: Conselho Federal de Enfermagem, 2016a.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução nº 524 de 04 de outubro de 2016**. Altera a Resolução nº 516 de 24 de junho de 2016. Brasília: Conselho Federal de Enfermagem, 2016b.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução nº 627 de 04 de março de 2020**. Aprovar a Normatização da realização de Ultrassonografia Obstétrica por Enfermeiro Obstétrico em locais onde ocorra a assistência obstétrica no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília: Conselho Federal de Enfermagem, 2020.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução nº 672 de 22 de julho de 2021**. Altera a Resolução COFEN nº 516, de 23 de junho de 2016. Brasília: Conselho Federal de Enfermagem, 2021a.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução nº 679 de 20 de agosto de 2021**. Aprova a normatização da realização de Ultrassonografia à beira do leito e no

ambiente pré-hospitalar por Enfermeiro. Brasília: Conselho Federal de Enfermagem, 2021b.

COSTA, A. A. N. M.; SCHIRMER, J. A atuação dos enfermeiros egressos do curso de especialização em obstetrícia no nordeste do Brasil: da proposta à operacionalização. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 332-339, 2012.

CRESWELL, J. W. **Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto**. 3º ed. Rio de Janeiro: Penso, 2010.

DENZI, N. K; LINCOLN, Y. S.; e Colaboradores. **O planejamento da pesquisa qualitativa: teorias e abordagens**. 2º ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.

DIAS, R. S.; VIEIRA, H. W. D. Práticas assistenciais no pré-parto, parto e pós-parto imediato: experiência de uma enfermeira residente em obstetrícia. **REVISA, Revista de Divulgação Científica Sena Aires**, Goiás, v. 8 n. 3, p. 348-55, 2019.

FERREIRA, M. S. C.; SILVA, P. L.; PEREIRA, V. B. Um Olhar sobre a experiência do parto: trajetória, possibilidades e repercussões. **Phenomenological Studies - Revista da Abordagem Gestática**. v. XXVI-Especial. p. 416-427, 2020.

FILHO, S.B.S; SOUZA, K.V. Metodologia para articular processos de *formação-intervenção-avaliação* na educação profissional em enfermagem. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v 26. N I. p. 79-88, 2020.

FRANCO, E. C. D.; OLIVEIRA, V. A. C.; LOPES, B. L.; AVELAR, V. C. A integração ensino-serviço- comunidade no curso de enfermagem: o que dizem os enfermeiros preceptores. **Enfermagem em Foco**, Rio de Janeiro, v.11, n.3, p. 35-38, 2020.

FREITAS, S.R.P.C. **O processo de Ensino Aprendizagem: a importância da didática** [s.n.] [2016]. Disponível em: <https://editorarealize.com.br/artigo/visualizar/25530>. Acesso em: 01 abr. 2022

FREIRE, P. **Conscientização/ Paulo Freire**. tradução de Tiago José Risi Leme. São Paulo: Cortez, 2016.

FREIRE, P. **Educação como prática da liberdade**. 44ª ed. São Paulo: Paz & Terra, 2013.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários a prática educativa**. 67ª ed. Rio de Janeiro/ São Paulo: Paz e Terra, 2021.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. 68º ed. São Paulo: Paz & Terra, 2019a.

FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. 75º ed. São Paulo: Paz & Terra, 2019b.

GARCIA, A. P.; CADIOLI, L. M.; JUNIOR LOPES, A.; GUSSO, G.; JUNIOR VALLADÃO, J. B. R. Preceptorial na Residência de Medicina de Família e Comunidade da Universidade de São Paulo: políticas e experiências. **Revista Brasileira de**

Medicina de Família e Comunidade, São Paulo, v. 13, n. 40, p. 1-8, 2018.

GARZON, A. M. M.; KÊNIA, L. S.; MARQUES, R. C. Pedagogia crítica libertadora de Paulo Freire na produção científica da Enfermagem 1990-2017. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 71, n. suppl. 4, p. 1854-61, 2018.

GHEZZI, J. F. S. A.; HIGA, E. F. R.; LEMES, M. A.; MARIN, M. J. S. Estratégias de metodologias ativas de aprendizagem na formação do enfermeiro: revisão integrativa da literatura. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 74, n. 1, p. e20200130, 2018.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6ª ed. São Paulo: Atlas, 2008.

ITO, E. E.; et al. O ensino de Enfermagem e as diretrizes curriculares nacionais: utopia x realidade. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 40, n. 4, p. 570-575, 2006.

INTERNATIONAL CONFEDERATION OF MIDWIVES. **Essential competencies for midwifery practice**. Netherlands: International Confederation of Midwives, 2018.

INTERNATIONAL FEDERATION OF GINECOLOGY AND OBSTETRICS. **Maternal Health** [In: What we do?] Disponível em: <https://www.figo.org/what-we-do/maternal-health> Acesso em: 21/04/2021

JUNIOR SILVA, L. A.; LEÃO, M. B. C. O software Atlas.ti como recurso para a análise de conteúdo: analisando a robótica no Ensino de Ciências em teses brasileiras. **Ciência & Educação**, Bauru, v. 24, n. 3, p. 715-728, 2018.

LEAL, M. C.; PEREIRA, A. P. E.; DOMINGUES, R. M. S. M.; THEME FILHA, M. M.; DIAS, M. A. B.; PEREIRA, M. N.; et al. Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. suppl. 1, p. S17-S47, 2014.

LEISTER, N.; RIESCO, M. L. G. Assistência ao parto: história oral de mulheres que deram à luz nas décadas de 1940 a 1980. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 22, n. 1, p. 166-74, 2013.

LIMA, M. F.G. **Processo de Ensino Aprendizagem no desenvolvimento de competências na enfermagem obstétrica**. Fortaleza: 2015. 74f. Dissertação (Mestrado Profissional Ensino na Saúde). Universidade do Estado do Ceará. Ceará.

LIMA, M. F. G.; PEQUENO, A. M. C.; RODRIGUES, D. P.; CARNEIRO, C.; MORAIS, A. P. P.; NEGREIROS, F. D. S. Developing skills learning in obstetric nursing: approaches between theory and practice. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 70, n. 5, p. 1110-6, 2017.

LIMA, P. C.; SABINO, K. C. V.; GOUVEIA, M. T. O. O processo de trabalho da enfermagem obstétrica: reflexão. **Enfermagem Obstétrica**, Rio de Janeiro, v. 5 e. 30, p. 1-4., 2018.

LINHARES, F. M. P.; PONTES, C. M.; OSÓRIO, M. Construtos teóricos de Paulo Freire norteando as estratégias de promoção a amamentação. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 14, n. 4, p. 433-439, 2014.

LOMBARDI, M. R.; CAMPOS, V. P. A Enfermagem no Brasil e os contornos de gênero, raça/cor e classe social na formação do campo profissional. **Brazilian Journal of Labour Studies**, Paraíba, v. 17, n. 1, 2018.

MAIA, L. M. **Com o poder de Deus nas mãos: concepções das parteiras acerca da vivência do parto numa perspectiva da espiritualidade**. João Pessoa: 2013. 147 f. Dissertação (Mestrado em Ciências das Religiões), Universidade Federal da Paraíba. João Pessoa.

MAJORA, M. C. S.; ALMEIDA JUNIOR, J. J.; NORONHA, C. A. Os desafios da formação problematizadora para profissionais de saúde em um programa de residência multiprofissional. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 24, p. 1-11, 2020.

MARTINS, L. S.; SCARCELLA, M. F. S. Elaboração de projeto pedagógico para preceptoria de enfermeiros em terapia intensiva cardiológica. **Revista Nursing**, São Paulo, v. 23, n. 269, p. 4695- 4698, 2020.

MASSARI, M. T. R. **Contribuições para o dimensionamento do quantitativo de enfermeiros obstetras e obstetrizas para a atenção ao parto e nascimento de risco habitual no Brasil**. Rio de Janeiro: 2017. 66 f. Dissertação (Mestrado em Saúde da Mulher e da Criança), Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro.

MEDEIROS, A. B. A.; ENDERS, B. C.; LIRA, A. L. B. C. teoria ambientalista de Florence Nightingale: uma análise crítica. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 518-24, 2015.

MENEZES, M.G.; SANTIAGO, M. E. Contribuição do pensamento de Paulo Freire para o paradigma curricular crítico-emancipatório. **Pro-posições**. v. 25, n. 3, p. 45-62, 2014.

MINAYO, M. C.S. **O desafio do conhecimento**. 11º ed. São Paulo: Hucitec, 2008.

MINAYO, M. C. S.; ASSIS, S. G.; SOUZA, E. R. **Avaliação por triangulação de métodos: Abordagem de Programas Sociais**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

MOUTA, R. J. O. **A criação da Associação Brasileira de Obstetrizas e Enfermeiras Obstetras (ABENFO) e sua participação no Movimento de Humanização do Parto e Nascimento (1989-2002)**. Rio de Janeiro: 2014. 273 f. Tese (Doutorado em Enfermagem, Saúde e Sociedade), Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro.

MOUTA, R. J. O.; PROGIANTI, J. M. O processo de criação da associação brasileira de obstetrizas e enfermeiras obstetras. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 26, n. 1, p. e5210015, 2014.

NARCHI, N. Z.; CRUZ, E. F.; GONÇALVES, R. O papel das obstetrizas e enfermeiras

obstetras na promoção da maternidade segura no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p. 1059-1068, 2012.

NASCIMENTO, T. G.; SOUZA, E. C. L.; ADAID-CASTRO, B. G. Escala de competências profissionais para policiais: evidências de sua adequação psicométrica. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 54, n. 1, p. 99-120, 2020.

NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELLENCE. **Intrapartum care for healthy women and babies**. In: Clinical Guideline CG190 [2017]. Disponível em: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg190/chapter/Recommendations> Acesso em: 14/04/2021

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Maternidade segura. **Assistência ao parto normal: um guia prático**. Genebra: OMS; 1996

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Objetivos de Desenvolvimento Sustentável**. Genebra: Organização Mundial de Saúde, 2020.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS BRASIL. **Transformando Nosso Mundo: A Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável**. Brasília: Organização das Nações Unidas, 2019.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Após celebrar pacto com municípios, Pará apresenta estratégias para reduzir mortalidade materna**. Organização Pan-Americana da Saúde: Washington, 2019.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE. **Objetivos da Agenda de Saúde Sustentável para as Américas 2018-2030**. Washington: Organização Panamericana de Saúde, 2018.

PACZEK, R. S.; ALEXANDRE, E. M. Preceptoria em enfermagem em um serviço público de saúde. **Revista de Enferm UFPE on line**, Recife, v. 13: e242697, 2019.

PEREIRA, A. L. F.; GUIMARÃES, J. C. N.; NICÁCIO, M. C.; BATISTA, D. B. S.; MOUTA, R. J. O.; PRATA, J. A. Percepções das enfermeiras obstetras sobre sua formação na modalidade residência e a prática profissional. **REME, Revista Mineira de Enfermagem**, Belo horizonte, v. 22, n. s/n, p. e-1107, 2018.

PEREIRA, A. L. F.; MOUTA, R. J. O.; BARBOSA, D. S. P. O processo de criação do curso de especialização em enfermagem obstétrica, modalidade residência, na rede municipal de saúde do Rio de Janeiro, Brasil. **Cultura de Los Cuidados**, San Vicente del Raspeig, v. 22, n. 51, p. 114-153, 2018.

PEREIRA, A. L. F.; NICÁCIO, M. C. Formação e inserção profissional das egressas do curso de residência em enfermagem obstétrica. **Revista de Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, p. 50-56, 2014.

PIMENTA, D. G.; CUNHA, M. A.; BARBOSA, T. L. A.; SILVA, C. S. O.; GOMES, L. M. X. O parto realizado por parteiras: uma revisão integrativa. **Enfermería Global**, Murcia, v. 12, n. 30, p. 494-505, 2013.

PIMENTA, S.G.; ANASTASIOU, L.G.C. **Docência no ensino superior**. São Paulo: Cortez, 2002.

PRADO, M. L.; REIBNITZ, K. S. **Paulo Freire: A boniteza de ensinar e aprender na saúde**. Florianópolis: NFR/UFSC, 2016.

PRODANOV, C. C.; FREITAS, E.C. **Metodologia do trabalho científico: Métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho científico**. 2ª ed. Novo Hamburgo: Feevale, 2013.

RAMOS, A. K. A.; MEDEIROS, T. S. P.; BALIEIRO, V. S. L.; MOIA, M. Y. S.; IGREJA, P. N. **Taxa de Episiotomia em uma maternidade pública no sudeste do Pará**. In: Simpósio Internacional de Assistência ao Parto, VIII SIAPARTO. 2020. Anais. São Paulo, 2020. p. 104-104.

RAMOS, T. M. RENNÓ, H. M. S. Formação na residência de enfermagem na Atenção Básica/ Saúde da Família sob a ótica dos egressos. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 39e, p. 1-9, 2018.

REIS, T. L. R.; QUADROS, J. S. Programa de Residência em Enfermagem Obstétrica: reflexões a partir da vivência das residentes. **Revista de Enfermagem da UFSM**, Santa Maria, v. 7, n. 3, p. 527-538, 2017.

RIBEIRO, K. R. B. **Residências em Saúde: saberes do preceptor no processo ensino-aprendizagem**. Florianópolis: 2015, 228 f. Tese (Doutorado em Formação e Desenvolvimento Profissional na Saúde e na Enfermagem), Universidade Federal de Santa Catarina. Santa Catarina.

RODRIGUES, D. P. **Os valores dos profissionais de saúde e sua influência no cuidado obstétrico: cotidiano das maternidades**. Niterói: 2019, 222 f. Tese (Doutorado em Ciências do Cuidado em Saúde), Universidade Federal Fluminense. Niterói.

RONDELLI, G. P. H. **Competências para o cuidado de mulheres no parto e nascimento mobilizadas em egressos de um curso nacional de especialização em enfermagem obstétrica**. Belo Horizonte: 2019, 94 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem), Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte.

SANTOS, A. H. L.; NICÁCIO, M. C.; PEREIRA, A. L. F.; et al. Práticas de assistência ao parto normal: Formação na modalidade residência. **Revista de Enfermagem da UFPE on line**, Recife. v. 11, n. 1, p. 1-9, 2017.

SANTOS, S.C. **O processo de ensino-aprendizagem e a relação professor-aluno: Aplicação dos “sete princípios para a boa prática na educação de ensino superior”**. Caderno de pesquisas em administração, v. 8, n. 1, p. 1-14, 2001.

SANTOS, R. P.; NEVES, E. T.; CARNEVALE, F. Metodologias qualitativas em pesquisa na saúde: referencial interpretativo de Patricia Benner. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 69, n. 1, p. 178-82, 2016.

SANTOS, H. F. L.; ARAÚJO, M. M. Políticas de Humanização ao pré-natal e parto: uma revisão da literatura. **Revista Científica FacMais**, v. VI, n. 2., p. 54-64, 2016.

SANTOS, F. M. **Análise de conteúdo: a visão de Laurence Bardin. [Resenha] BARDIN, L. Análise de conteúdo.** São Paulo: Edições 70, 2011, 229p.] **Revista eletrônica de Educação**, São Carlos, v.6, no. 1, p. 383-387, 2012.

IV SEMINÁRIO INTERNACIONAL DE POLÍTICAS PÚBLICAS, INTERSETORIALIDADE E FAMÍLIA, 2019, Porto Alegre. In: **Formação profissional em saúde: Qual o papel da universidade?**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2019.

SENA, C. D.; SANTOS, T. C. S.; CARVALHO, C. M. F.; SÁ, A. C. M.; PAIXÃO, G. P. N. **Avanços e retrocessos da enfermagem obstétrica no Brasil.** Revista de Enfermagem da UFSM, Santa Maria, v. 2, n. 3, p. 523-9, 2012.

SILVA, G. F.; MOURA, M. A. V.; MARTINEZ, P. A.; QUEIROZ, A. B. A.; SOUZA, I. E. O.; PEREIRA, A. L. F. A formação na modalidade residência em enfermagem obstétrica: uma análise hermenêutico-dialética. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro. v. 24, n. 4, p. e20190387, 2020.

SILVA, R. M. B.; MOREIRA, S. N. T. Estresse e residência multiprofissional em saúde: Compreendendo significados no processo de formação. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Brasília, v. 43 n. 4, p. 157-166, 2019.

SOUZA, K. V.; SANTOS FILHO, S. B.; CARMO, J. M. A.; VALLERINO, A. P. L. G. **Caderno do curso de aprimoramento em enfermagem obstétrica: qualificação para o trabalho em equipe no cuidado ao parto e nascimento (CAEO/PN/APICEONO.** Belo Horizonte: Escola de Enfermagem da UFMG, 2019.

SEIBERT, S. L.; BARBOSA, J. L. S.; SANTOS, J. M.; VARGENS, O. M. C. Medicalização x humanização: o cuidado ao parto na história. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, p. 245- 251, 2005.

SCRIMSHAW, S.; HURTADO, E. **Anthropological approaches for programmes improvement.** Los Angeles: University of California Press, 1987.

TORRES, R. B. S.; BARRETO, I. C. H. C.; FREITAS, R. W. J. F.; EVANGELISTA, A. L. P. Estado da arte das residências integradas, multiprofissionais e em área profissional da Saúde. **Interface: Comunicação, Saúde e Educação**, Botucatu, v. 23, n. s/n, p. e170691, 2019.

TRAD, L. A. B. Grupos focais: conceitos, procedimentos e reflexões baseadas em experiências com o uso da técnica em pesquisas de saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 777-796, 2009.

VELHO, M. B.; SANTOS, E. K. A.; COLLAÇO, V. S. Parto normal e cesárea: representações sociais de mulheres que os vivenciaram. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 67, n. 2, p. 282-9, 2014.

VENDRUSCOLO, C.; ARAÚJO, J. A. D.; ADAMY, E. K.; FORTE, E. C. N.; SOUZA, J.

B.; GEREMIA, D. S; MENDONÇA, A. V. M.; SOUSA, M. F. Preceptoria como potencialização da integração ensino-serviço na formação em enfermagem. **Enferm Foco**. v. 12(supl.1) p. 8-14, 2021.

VIEIRA, S. L.; SILVA, M. O. Diálogo e ensino-aprendizagem na formação técnica em saúde. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 18, n. spe 1, p. e0025385, 2020.

VILLARDI, M. L.; CYRINO, E. G.; BERBEL, N. A. N. **A problematização em educação em saúde: percepções dos professores tutores e alunos** [online]. São Paulo: Editora UNESP, 2015.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **WHO recommendations: Intrapartum care for a positive childbirth experience**. Geneva: World Health Organization, 2018.

ZANARDO, G. L. P.; URIBE, M. C.; NADAL, A. H. R.; HABIGZANG, L. F. Violência obstétrica no brasil: uma revisão narrativa. **Psicologia & Sociedade**, Recife, v. 29, n. s/n, p. e155043, 2017.

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
(RESOLUÇÃO Nº 466/12 - CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE)

Título do Projeto: SIGNIFICADOS DE RESIDENTES DE ENFERMAGEM OBSTÉTRICA SOBRE O PROCESSO DE ENSINO-APRENDIZAGEM NO CAMPO DE PRÁTICA

Pesquisador Responsável: Diego Pereira Rodrigues

Pesquisador Assistente: Letícia Diogo de Oliveira Moura

Instituição a que pertence o Pesquisador Responsável: Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal do Pará - Cidade Universitário Professor José Silveira Neto, Campus Profissional 2, Complexo da Saúde - Rua Augusto Corrêa 01, Guamá, Belém, Pará, CEP: 66075-110.

Telefone para contato do Pesquisador:

Diego Pereira Rodrigues - (91) 98824-4126 - E-mail: diego.pereira.rodrigues@gmail.com

Letícia Diogo de Oliveira Moura - (91) 988086925 - E-mail: le_moura_@gmail.com

Nome do voluntário(a): _____.

O (a) Sr. (ª) está sendo convidado (a) a participar da pesquisa intitulado: **SIGNIFICADOS DE RESIDENTES DE ENFERMAGEM OBSTÉTRICA SOBRE O PROCESSO DE ENSINO-APRENDIZAGEM NO CAMPO DE PRÁTICA**, de responsabilidade dos pesquisadores Dr. Diego Pereira Rodrigues; Letícia Diogo de Oliveira Moura.

A pesquisa tem como objetivos: analisar os significados dos residentes sobre o processo de ensino-aprendizagem no cenário de prática da residência em enfermagem obstétrica; descrever o processo de ensino-aprendizagem no cenário de prática dos residentes de enfermagem obstétrica; discutir os possíveis obstáculos no cenário de prática que impactam no processo de ensino-aprendizagem.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em participar de um grupo focal, com discussões sobre temas levantados, de forma de fomentar discussões construtivas para atingir os objetivos desta pesquisa. A reunião será gravada e registrada com foto das atividades executadas, com a sua autorização, e transcrita as suas falas na íntegra.

Os desconfortos ou riscos associados à sua participação na pesquisa são constrangimento, desconforto com a temática abordada durante a coleta de dados. Ressalta-se que o pesquisador é treinado, e capacitado para a aplicação do instrumento de coleta de dados, com o propósito de evitar os riscos aos participantes, e se compromete a resguardar a integridade física, psíquica e emocional dos participantes. Além, da medida de manter a privacidade da sua participação na coleta de dados.

Os benefícios dos estudos estão no âmbito dos profissionais de enfermagem obstétrica, estudantes, e a comunidade que é assistida por profissionais de enfermeiras obstétricas, diminuindo os impactos e desafios ainda encontrados na assistência à mulher gestante, garantindo uma formação com base nas habilidades e competências profissionais.

Você receberá orientações acerca da temática, e as informações que prestar durante a coleta de dados, além de relevantes para que o pesquisador possa compreender e analisar o seu conteúdo, serão utilizadas com a garantia de sigilo e

anonimato em qualquer fase do estudo, isto porque quando for necessário exemplificar determinada situação, sua privacidade será preservada por meio de um pseudônimo escolhido aleatoriamente pelo pesquisador.

Os dados coletados serão utilizados apenas nesta pesquisa e os resultados divulgados em eventos e/ou revistas científicas. A sua participação é voluntária, isto é, a qualquer momento você pode recusar-se a responder a qualquer pergunta ou desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a Instituição que você trabalha.

Você não terá nenhum custo ou quaisquer compensações financeiras. O benefício relacionado à sua participação será de aumentar o conhecimento científico para a área de formação da enfermagem obstétrica.

Você receberá esse termo original com a assinatura dos pesquisadores envolvidos, onde constam os respectivos nomes e telefones, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Os Comitês de Ética em Pesquisa (CEP) são compostos por pessoas que trabalham para que todos os projetos de pesquisa envolvendo seres humanos sejam aprovados de acordo com as normas éticas elaboradas pelo Ministério da Saúde. A avaliação dos CEP leva em consideração os benefícios e riscos, procurando minimizá-los e busca garantir que os participantes tenham acesso a todos os direitos assegurados pelas agências regulatórias. Assim, os CEP procuram defender a dignidade e os interesses dos participantes, incentivando sua autonomia e participação voluntária. Procure saber se este projeto foi aprovado pelo CEP desta instituição.

Em caso de dúvidas, ou querendo outras informações, você poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Pará (CEP-ICS/UFGPA) - Complexo de Sala de Aula/ ICS - Sala 13 - Campus Universitário do Guamá, nº 01, Guamá – CEP: 66075-110 - Belém-Pará. Tel./Fax. 3201-7735 E-mail: cepccs@ufpa.br

Eu, _____, declaro ter sido informado e concordo em participar, como voluntário, do projeto de pesquisa acima descrito.

Belém, _____ de _____ de 2022.

Assinatura do Participante

APÊNDICE B - TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA VOZ E IMAGEM

Eu, _____,
portador(a) da cédula de identidade nº _____, inscrito no nº de CPF
_____, residente da localidade
_____,
com nº _____, Bairro _____, Cidade
_____, Estado _____, com
complemento _____,

depois de compreender os riscos e benefícios do estudo intitulado: **SIGNIFICADOS DE RESIDENTES DE ENFERMAGEM OBSTÉTRICA SOBRE O PROCESSO DE ENSINO-APRENDIZAGEM NO CAMPO DE PRÁTICA**, **AUTORIZO** a utilização da minha voz (áudio) e imagem em formato de foto ou filme, sem a finalidade comercial, e sendo utilizada exclusivamente neste estudo.

A presente autorização é concedida a título gratuito, abrangendo o uso da imagem acima mencionada em todo território nacional e no exterior, em todas as suas modalidades e, em destaque, das seguintes formas: (I) home page; (II) cartazes; (III) divulgação em geral. Por esta ser a expressão da minha vontade declaro que autorizo o uso acima descrito sem que nada haja a ser reclamado a título de direitos conexos à minha imagem ou a qualquer outro.

Belém, _____, de _____ de 2022

ASSINATURA

APÊNDICE C - ROTEIRO DO GRUPO FOCAL

- Apresentação do projeto, destacando os objetivos, riscos e benefícios;
- Distribuição para os participantes do TCLE e do Termo de Voz e Imagem, para Leitura, assinatura e recolhimento dos termos.
- Distribuição para preenchimento dos dados pessoais e profissionais de cada participante;

- **DADOS PESSOAIS DOS PARTICIPANTES**

1. Nome?
2. Gênero?
3. Idade?
4. Instituição de formação (graduação), é pública ou privada?
5. Ano de formação da graduação?
6. Tem algum curso pós-graduação?
7. Qual curso?
8. Instituição de formação, público ou privado?
9. Ano de conclusão?

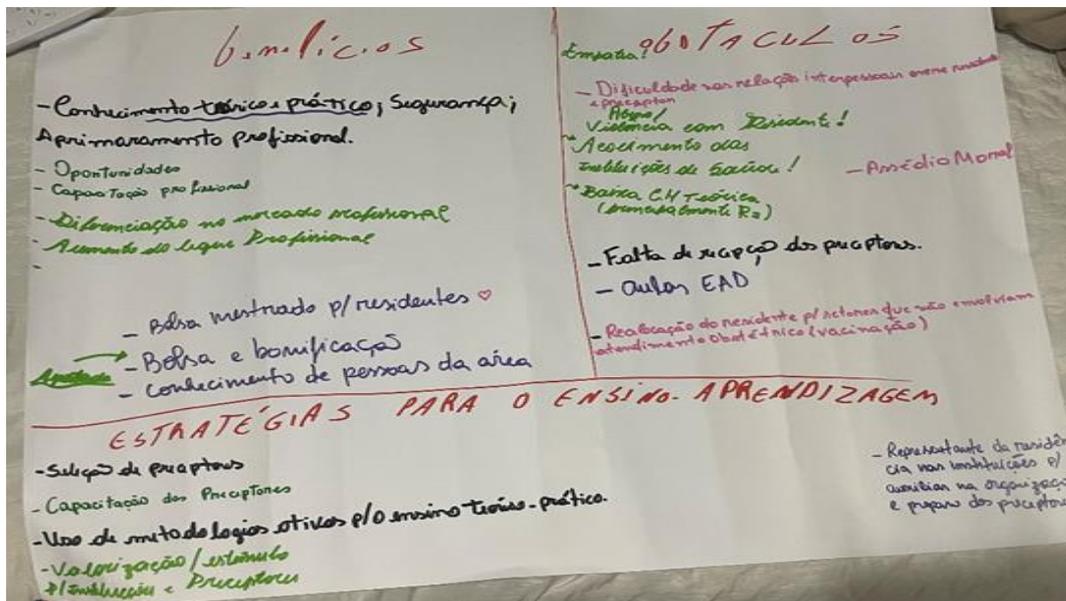
- Apresentação do moderador, e apresentação do grupo focal, explicando os objetivos do estudo e da realização do mesmo.
- Ressaltando que o grupo é opinativo (não há opinião certa ou errada sobre o tema a ser abordado) e que consensos e divergências serão bem-vindos;
- Apresentação dos seguintes questionamentos:

- 1) Como se dá/deu o acolhimento ao programa de REO? Como são divididos os campos? Vocês participam deste processo?
- 2) Como se dá/deu o planejamento de aulas teóricas do programa de REO?
- 3) Fale um pouco sobre como está sendo sua experiência no campo prático, especifique qual campo você se encontra no momento.
- 4) Descreva os alinhamentos entre teoria e prática que você tem encontrado em campo.
- 5) Descreva as formas de aprendizado que você tem percebido em campo prático.
- 6) Na sua opinião, como está se dando a sua formação como EO?

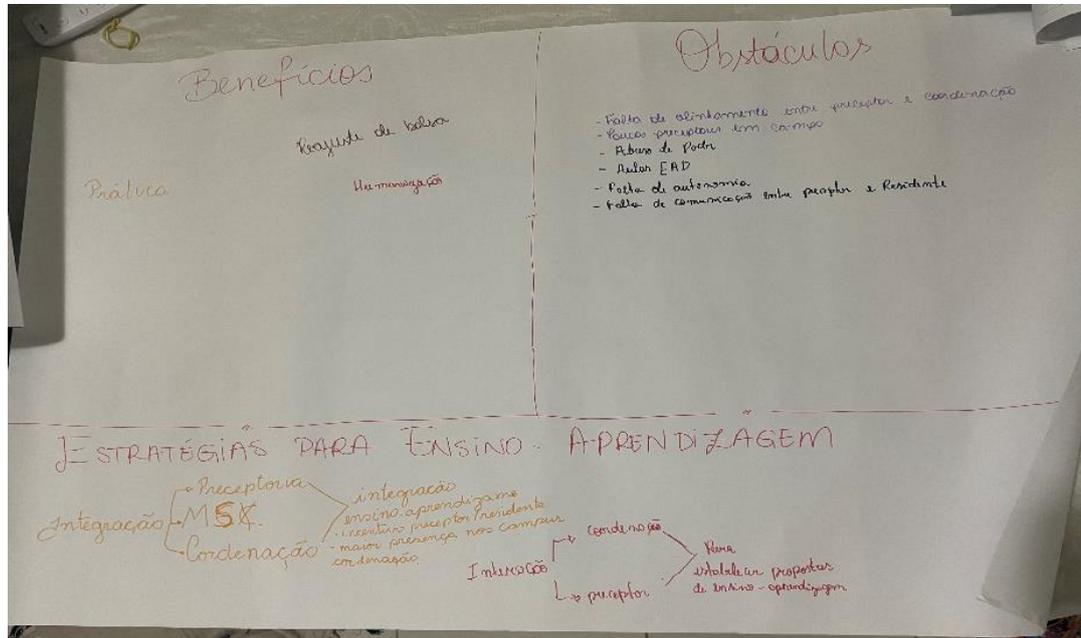
Ao moderador:

- Emissão da opinião com a justificativa de cada participante;
- Discussão e conclusões sobre opiniões e percepções geradas acerca do processo de ensino-aprendizagem da residência em enfermagem obstétrica.
- Exposição curta de conteúdos relacionados às questões discutidas e sugestões de novas/outras estratégias educativas na residência, com a realização de um mapa conceitual construído pelo grupo;
- Recolhimentos dos dados pessoais e profissionais dos participantes;
- Finalização da discussão e agradecimento pela participação.

APENDICE D - MAPA CONCEITUAL DO GRUPO FOCAL I



APÊNDICE E - MAPA CONCEITUAL DO GRUPO FOCAL II



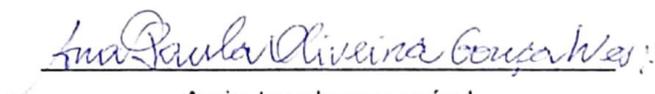
APÊNDICE F - MAPA CONCEITUAL DO GRUPO FOCAL III

BENEFÍCIOS	OBSTÁCULOS
<ul style="list-style-type: none">* Experiência prática* Acolhimento* Aulas Teóricas* Autonomia	<ul style="list-style-type: none">* Tempo Insuficiente em cada Campo.* Atualização de alguns preceptores.* Desvio de função.* Desorganização do horário de aulas.
<p>ESTRATÉGIAS PARA O ENSINO APRENDIZAGEM</p> <p>Simulação realística de casos Comunicação entre preceptores e coordenação Avaliação dos preceptores.</p>	

ANEXO A - CARTA DE APROVAÇÃO DA INSTITUIÇÃO**TERMO DE CONSENTIMENTO DA INSTITUIÇÃO**

Pelo presente termo e na qualidade de responsável por essa instituição, declaro que aceito a realização do projeto intitulado: "O PROGRAMA DE RESIDÊNCIA DE ENFERMAGEM OBSTÉTRICA NO ESTADO DO PARÁ: significados de residentes sobre o processo de ensino-aprendizagem frente as atividades desempenhadas nos cenários de formação", pelo(a) aluno(a) LETÍCIA DIOGO DE OLIVEIRA MOURA da Universidade Federal do Pará, sob a orientação do(a) Professor(a) Dr(a) DIEGO PEREIRA RODRIGUES.

Belém, 08 de maio de 2021.



Assinatura do responsável

Dra. Ana Paula Oliveira Gonçalves
CORUN - Nº 39.673

ANEXO B - CARTA DE APROVAÇÃO DO CEP/ICS/UFPA

UFPA - INSTITUTO DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO
PARÁ

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: O PROGRAMA DE RESIDÊNCIA DE ENFERMAGEM OBSTÉTRICA NO ESTADO DO PARÁ: significados de residentes sobre o processo de ensino-aprendizagem

Pesquisador: Diego Pereira Rodrigues

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 55366122.3.0000.0018

Instituição Proponente: Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Pará - ICS/ UFPA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: [5.443.574](#)

Apresentação do Projeto:

A formação em enfermagem obstétrica busca contemplar recomendações técnicas que contribuam de forma significativa para a transformação do cenário da assistência obstétrica. A compreensão da importância do processo de ensino-aprendizagem na qualificação de novos profissionais é parte da transformação deste cenário, onde a base do conhecimento gerado pela conscientização do ser, liberta o educando de práticas obsoletas desqualificadas na prestação de cuidado com a mulher e recém-nascido. Objeto de estudo: o processo de ensino-aprendizagem dos residentes nos cenários formativos do programa de Residência de Enfermagem Obstétrica. Questão norteadora: Qual os significados dos residentes em enfermagem obstétrica sobre o processo de ensino-aprendizagem exercido nos cenários de prática? Objetivo geral: Compreender os significados dos residentes em enfermagem obstétrica em relação ao processo de ensino-aprendizagem nos cenários de prática. Objetivos específicos: Identificar as atividades profissionais desenvolvidas no campo prático pelos residentes do programa de residência em enfermagem obstétrica; analisar o processo de ensino-aprendizagem no cenário de prática dos residentes de enfermagem obstétrica; discutir os possíveis obstáculos nos cenários de prática que impactam no processo de ensino-aprendizagem. Metodologia: estudo de abordagem qualitativa do tipo estudo de caso. A pesquisa será realizada na residência de enfermagem obstétrica do Instituto de Ciências da Saúde

UFPA - INSTITUTO DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO
PARÁ



Continuação do Parecer: 5.443.574

da Universidade Federal do Pará. Os participantes da pesquisa serão residentes do 1º e 2º ano do Programa de Residência de enfermagem Obstétrica, que estejam atuando nos campos de prática, que serão submetidos aos seguintes critérios de inclusão: 1) estar matriculados como residentes; 2) ter passado pelo menos 1 mês no nível de atenção básica, hospitalar e da gestão, perfazendo o alicerce de atividades da residência em enfermagem obstétrica. Como critérios de exclusão foi estabelecido: 1) residentes com licença maternidade, doença; 2) residentes que desistiram do programa em algum momento do curso. A seleção e recrutamentos dos participantes obedecerá a amostragem intencional, primeiramente com o contato via ligação telefônica ou mensagem pelo aplicativo WhatsApp®, que será repassado pela coordenação da residência de enfermagem obstétrica. A coleta de dados se dará por meio de grupo focal com ambas as turmas. Será utilizada ferramenta de gravação de áudio e imagem, como forma de registro das informações que permite uma análise qualitativa das práticas discursivas, e posteriormente transcritas na íntegra para posterior tratamento dos dados, com base na análise de conteúdo.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Compreender os significados sobre o processo de ensino-aprendizagem nos cenários de prática entre os residentes de enfermagem obstétrica.

Objetivo Secundário:

Identificar as atividades profissionais desenvolvidas no campo prático pelos residentes do programa de residência em enfermagem obstétrica. Analisar o processo de ensino-aprendizagem no cenário de prática dos residentes de enfermagem obstétrica. Discutir os possíveis obstáculos nos cenários de prática que impactam no processo de ensino-aprendizagem.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

A pesquisa em questão representa riscos mínimos aos participantes do estudo que poderão em algum momento sentirem-se desconfortáveis, uma vez que dedicarão parte do seu tempo no grupo focal. O estudo também não representará invasão de privacidade e quebra de confidencialidade, pois em momento algum os participantes serão identificados e expostos. Desse modo, a pesquisadora é treinada, tornando-se capacitada para a aplicação do instrumento de coleta de dados, com o propósito de evitar riscos aos participantes, e que nesse processo de aplicação, a pesquisadora irá resguardar a integridade física, psíquica e emocional de cada participante. Assim a participante, em caso de qualquer constrangimento poderá interromper as

**UFA - INSTITUTO DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO
PARÁ**



Continuação do Parecer: 5.443.574

técnicas de coleta de dados e retirar a sua participação.

Benefícios:

Os benefícios dos estudos estão no âmbito dos profissionais de enfermagem obstétrica, estudantes, e a comunidade que é assistida por profissionais de enfermeiras obstétricas, diminuindo os impactos e desafios ainda encontrados na assistência à mulher gestante, garantindo uma formação com base nas habilidades e competências profissionais

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O protocolo encaminhado dispõe de metodologia e critérios definidos conforme resolução 466/12 do CNS/MS. Trata ainda em resolver pendências citadas no parecer nº5.268.879, que depois de ser analisado por este colegiado, entende-se como pendências resolvidas e aceitas.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos apresentados, nesta versão, contemplam os sugeridos pelo sistema CEP/CONEP.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Diante do exposto somos pela aprovação do protocolo. Este é nosso parecer, SMJ.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1882723.pdf	02/03/2022 18:30:19		Acelto
Cronograma	cronoc.docx	02/03/2022 18:30:07	Diego Pereira Rodrigues	Acelto
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto.docx	02/03/2022 18:30:00	Diego Pereira Rodrigues	Acelto
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcle.docx	02/03/2022 18:29:45	Diego Pereira Rodrigues	Acelto
Folha de Rosto	folha.pdf	26/01/2022 20:49:49	Diego Pereira Rodrigues	Acelto
Outros	custos.pdf	26/01/2022 20:48:34	Diego Pereira Rodrigues	Acelto
Outros	comprom.pdf	26/01/2022 20:47:11	Diego Pereira Rodrigues	Acelto
Outros	encaminh.pdf	26/01/2022	Diego Pereira	Acelto

UFPA - INSTITUTO DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO
PARÁ



Continuação do Parecer: 5.443.574

Outros	encaminh.pdf	20:45:16	Rodrigues	Acelto
Outros	orient.pdf	26/01/2022 20:43:53	Diego Pereira Rodrigues	Acelto
Outros	carta.pdf	09/01/2022 19:33:49	Diego Pereira Rodrigues	Acelto
Outros	tecnica.docx	09/01/2022 19:32:09	Diego Pereira Rodrigues	Acelto
Outros	autor.docx	09/01/2022 19:31:10	Diego Pereira Rodrigues	Acelto

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BELEM, 01 de Junho de 2022

Assinado por:

**Wallace Raimundo Araujo dos Santos
(Coordenador(a))**