

ELISABETE MESQUITA PERES DE CARVALHO

O PROCESSO DE FORMAÇÃO DE ENFERMEIR@S E MÉDIC@S NA  
MODALIDADE *RESIDÊNCIA OBSTÉTRICA* A PARTIR DA  
PERCEPÇÃO DOS PRECEPTORES

BRASÍLIA-DF

2020

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA  
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

ELISABETE MESQUITA PERES DE CARVALHO

O PROCESSO DE FORMAÇÃO DE ENFERMEIR@S E MÉDIC@S NA  
MODALIDADE *RESIDÊNCIA OBSTÉTRICA* A PARTIR DA  
PERCEPÇÃO DOS PRECEPTORES

Tese apresentada como requisito parcial  
para a obtenção do Título de Doutor em  
Ciências da Saúde pelo Programa de Pós-  
Graduação em Ciências da Saúde da  
Universidade de Brasília.

Área de Concentração: Saúde Coletiva

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Dirce Bellezi Guilhem  
Coorientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Leila Bernarda Donato Göttems

BRASÍLIA-DF

2020

Ficha catalográfica elaborada automaticamente,  
com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

CC331p Carvalho, Elisabete Mesquita Peres de  
O PROCESSO DE FORMAÇÃO DE ENFERMEIR@S E MÉDIC@S NA  
MODALIDADE RESIDÊNCIA OBSTÉTRICA A PARTIR DA PERCEÇÃO DOS  
PRECEPTORES / Elisabete Mesquita Peres de Carvalho;  
orientador Dirce Bellezi Guilhem; co-orientador Leila  
Bernarda Donato Göttems. -- Brasília, 2020.  
116 p.

Tese (Doutorado - Doutorado em Ciências da Saúde) --  
Universidade de Brasília, 2020.

1. Formação Profissional. 2. Residência. 3. Assistência  
ao parto normal. 4. Prática clínica baseada em evidências.  
I. Guilhem, Dirce Bellezi, orient. II. Göttems, Leila  
Bernarda Donato, co-orient. III. Título.

ELISABETE MESQUITA PERES DE CARVALHO

**O PROCESSO DE FORMAÇÃO DE ENFERMEIR@S E MÉDIC@S NA MODALIDADE  
RESIDÊNCIA OBSTÉTRICA A PARTIR DA PERCEPÇÃO DOS PRECEPTORES**

Tese apresentada como requisito parcial para a obtenção do título de Doutor em Ciências da Saúde pelo Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade de Brasília.

Aprovada em 5 de fevereiro de 2020.

**BANCA EXAMINADORA**

---

**Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Dirce Bellezi Guilhem**

Orientadora – PPGCS/FS-UnB  
Universidade de Brasília  
Presidente

---

**Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Alessandra da Rocha Arrais**

Membro Efetivo Externo ao PPGCS  
Escola Superior em Ciências da Saúde

---

**Prof.<sup>o</sup> Dr.<sup>o</sup> Rinaldo de Souza Neves**

Membro Efetivo Externo ao PPGCS  
Escola Superior em Ciências da Saúde

---

**Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Claudia Vicari Bolognani**

Membro Efetivo Externo ao PPGCS  
Escola Superior em Ciências da Saúde

---

**Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Maria Rita Carvalho Garbi Novaes**

Membro Suplente Interno ao PPGCS  
Escola Superior em Ciências da Saúde

*A Deus, sem o qual nada seria possível.*

*Aos meus pais, José (in memoriam) e Eulália, pelo incentivo e apoio em todos os ciclos de aprendizado pelos quais passei, pela alegria a cada ano finalizado, a cada prova realizada. Essa vitória também é de vocês.*

*Ao meu esposo Orlando, pelo amor, paciência e compreensão.*

*Aos meus filhos, Florence, Matheus e Thiago, meus amores, alegria do meu coração, como é maravilhoso compartilhar esta jornada com vocês.*

## **AGRADECIMENTOS**

À Prof.<sup>a</sup> Dra. Dirce Guilhem, agradeço pela orientação, paciência, confiança, empenho e sabedoria na forma de conduzir o processo.

À Prof.<sup>a</sup> Dra. Leila Göttems, agradeço pela coorientação, pela motivação constante, amizade sincera, pelo exemplo de dedicação singular que deve ser seguido por todo aquele que busca trilhar pelo caminho da orientação acadêmica.

Aos professores Dr. Fábio F. Amorim e Dr.<sup>a</sup> Cláudia M. Griboski, que participaram da minha Banca de Qualificação, a minha gratidão pelas sugestões de melhoria.

A todos os professores da Universidade de Brasília, com os quais tive a oportunidade de partilhar desta experiência ímpar, a minha eterna gratidão.

Aos preceptores do curso de Residência da Enfermagem, em especial, Enfermeira Gerusa Amaral, Ana Lygia, Hygor, enfim, todos que me acolheram e abriram os seus corações para falar do amor e da paixão que eles têm pelo exercício da preceptoría.

Aos preceptores do curso de Residência da Medicina, que, igualmente, foram gentis e acolhedores e me atenderam durante os plantões para responder aos meus questionamentos.

Aos gestores da Secretaria de Saúde da Região de Saúde Norte, Dr. Vinícius Veloso, Enf.<sup>a</sup> Renata Mercêz e José Luís Braga, que conseguiram adequar a minha escala de trabalho, de forma a possibilitar a coleta de dados nos hospitais da Rede em tempo oportuno.

Enfim, gratidão a todos que, de alguma forma, acreditaram que era possível e me incentivaram a dar mais este passo na construção do meu aprimoramento pessoal e profissional.

*Todo conhecimento é inacabado, isto é um processo que se desenvolve continuamente, incorporando novos elementos e jamais deixando de questionar a si mesmo.*

Paulo Freire

## RESUMO

**Introdução:** A formação profissional em saúde é um processo complexo e constitui-se em um desafio pedagógico substancial a ser enfrentado pelos programas de residência. Na formação em obstetrícia, existem lacunas nas evidências científicas sobre como ensinar as práticas seguras na atenção ao parto normal. **Objetivo:** Compreender, a partir do ponto de vista dos atores formadores, como o processo de formação de obstetras (médicos e enfermeiros) na modalidade *residência* desenvolve e ensina as práticas recomendadas pelas diretrizes nacionais e internacionais de assistência ao parto normal. **Método:** A investigação qualitativa constituiu o alicerce metodológico deste estudo. Participaram da pesquisa 35 profissionais, sendo 21 médicos e 14 enfermeiros, de uma instituição pública de ensino do Centro-Oeste do Brasil. Os dados foram coletados por meio de entrevistas presenciais abertas, realizadas de março a junho de 2018. Foram categorizados em temas emergentes, com o suporte do *Software NVivo®*. Dois pesquisadores revisaram os dados e, por consenso, os temas identificados foram confirmados. **Resultados:** Dos relatos, foram codificadas 5 temáticas: abordagem das boas práticas de atenção ao parto normal; práticas desnecessárias que permanecem; normas e rotinas na assistência ao parto normal; processos de trabalho no cenário da residência obstétrica; e busca e atualização das evidências científicas para o ensino das boas práticas clínicas. **Conclusão:** Os resultados apontaram para a necessidade de reorganização nos processos de trabalhos no cenário da residência, com ações contínuas e direcionadas ao fortalecimento dos processos pedagógicos, qualificação dos atores envolvidos na formação e organização dos serviços de atenção ao parto, de forma a ampliar o potencial disruptivo dos novos profissionais de saúde.

**Palavras-chaves:** Formação Profissional. Residência. Assistência ao parto normal. Prática clínica baseada em evidências.

## ABSTRACT

**Introduction:** Professional health education is a complex process and constitutes a substantial pedagogical challenge to be faced by residency programs. In midwifery training there are gaps in the scientific evidence on how to teach safe practices in normal delivery care. **Objective:** To understand from the point of view of the preceptors, how the process of formation of obstetricians (doctors and nurses) in the residency modality develops and teaches the practices recommended by the national and international guidelines for normal childbirth care. **Method:** Qualitative research was the methodological foundation of this study. 35 professionals participated in the study, 21 doctors and 14 nurses from a public educational institution in the Midwest of Brazil. Data were collected through face-to-face interviews conducted from March to June 2018. They were categorized into emerging themes, supported by NVivo® *Software*. Two researchers reviewed the data, and, by consensus, the identified issues were confirmed. **Results:** Of the speeches, 5 themes were codified: approach of the good practices of natural childbirth care; unnecessary practices that remain; norms and routines in natural childbirth care; work processes in the obstetric residency scenario and search and update of scientific evidence for the teaching of good clinical practice. **Conclusion:** The results point to the necessity of reorganization in the work processes in the residency scenario with continuous actions and directed to the strengthening of the pedagogical processes, qualification of the actors involved in the formation and organization of childbirth care services in order to expand the disruptive potential of new health professionals.

**Keywords:** Professional Training. Internship and Residency. Natural childbirth care. Evidence-Based Practice.

## RESUMEN

**Introducción:** La educación profesional en salud es un proceso complejo y constituye un desafío pedagógico sustancial que deben enfrentar los programas de residencia. En el entrenamiento de partería, hay lagunas en la evidencia científica sobre cómo enseñar prácticas seguras en la atención del parto normal. **Objetivo:** Comprender, desde el punto de vista de los actores formativos, cómo el proceso de formación de obstetras (médicos y enfermeras) en la modalidad de residencia desarrolla y enseña las prácticas recomendadas por las directrices nacionales e internacionales para la atención del parto normal. **Método:** La investigación cualitativa fue la base metodológica de este estudio. Treinta y cinco profesionales participaron en la investigación, 21 médicos y 14 enfermeras, de una institución educativa pública en el Medio Oeste de Brasil. Los datos se recopilaban a través de entrevistas cara a cara abiertas realizadas entre marzo y junio de 2018. Se clasificaron en temas emergentes, con el apoyo del software NVivo®. Dos investigadores revisaron los datos y, por consenso, se confirmaron los temas identificados. **Resultados:** De los informes, se codificaron 5 temas: enfoque de buenas prácticas en la atención normal del parto; prácticas innecesarias que quedan; normas y rutinas en el cuidado normal del parto; procesos de trabajo en el entorno de residencia obstétrica; y búsqueda y actualización de evidencia científica para la enseñanza de buenas prácticas clínicas. **Conclusión:** Los resultados apuntaron a la necesidad de reorganizar los procesos de trabajo en el escenario de residencia, con acciones continuas dirigidas a fortalecer los procesos pedagógicos, la calificación de los actores involucrados en la formación y organización de los servicios de atención del parto, para ampliar potencial disruptivo de nuevos profesionales de la salud.

**Palabras-clave:** Formación profesional. Residencia. Cuidados de parto normales. Práctica clínica basada en la evidencia.

## LISTA DE FIGURAS

- Figura 1 – Nuvem de palavras de todos os entrevistados sobre a temática “Abordagem das boas práticas de atenção ao parto e nascimento nos programas de residência médica e de enfermagem”. .....57
- Figura 2 – Nuvem de palavras de todos os entrevistados sobre a temática “Práticas desnecessárias que permanecem na assistência ao parto” .....58
- Figura 3 – Nuvem de palavras de todos os entrevistados sobre a temática “Normas e rotinas na assistência ao parto normal” .....59
- Figura 4 – Nuvem de palavras de todos os entrevistados sobre a temática “Processos de trabalho da residência no cenário de assistência ao parto” .....61
- Figura 5 – Nuvem de palavras de todos os entrevistados sobre a temática “A busca e atualização das evidências científicas para o ensino das Boas Práticas Clínicas na assistência ao parto e nascimento se dá por iniciativa própria do docente formador”. .....62

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Práticas de atenção ao parto normal segundo as recomendações da OMS, 1996 .....	26
Tabela 2 - Cenários Práticos do Programa de Residência em Obstetrícia, 2018.....	43
Tabela 3 – Recursos que favorecem a utilização das Boas Práticas por Cenário - Residência em Obstetrícia, 2020.....	44
Tabela 4 – Características dos entrevistados (sexo, idade, tempo de formação e tempo de preceptoría). Brasília, 2020 .....	53
Tabela 5 – Principais práticas demonstrativamente úteis citadas pelos respondentes. Brasília, 2020 .....	55

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Temáticas, categorias e comentários de apoio dos participantes. Brasília, 2020. ....	54
---	----

## LISTA DE ABREVIATURA E SIGLAS

<b>ABENFO</b>	Associação Brasileira de Obstetizas e Enfermeiros Obstetras
<b>BPC</b>	Boas Práticas Clínicas
<b>ANS</b>	Agência Nacional de Saúde Suplementar
<b>CEP</b>	Comitê de Ética em Pesquisa
<b>COREME</b>	Comissão de Residência Médica
<b>COREMU</b>	Comissão de Residência Multiprofissional em Saúde e em Área Profissional da Saúde
<b>CNRMS</b>	Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde
<b>CNRM</b>	Comissão Nacional de Residência Médica
<b>CNS</b>	Conselho Nacional de Saúde
<b>DCN</b>	Diretrizes Curriculares Nacionais
<b>DF</b>	Distrito Federal
<b>EO</b>	Enfermeira Obstétrica
<b>GDF</b>	Governo do Distrito Federal
<b>HIAE</b>	Hospital Israelita Albert Einstein
<b>IES</b>	Instituições de Ensino Superior
<b>IHI</b>	Institute for Healthcare Improvement
<b>MS</b>	Ministério da Saúde
<b>MEC</b>	Ministério da Educação
<b>NICE</b>	National Institute for Health Care and Clinical Excellence
<b>ODS</b>	Objetivos de Desenvolvimento Sustentável
<b>OMS</b>	Organização Mundial da Saúde
<b>PHPN</b>	Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento
<b>PAISM</b>	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
<b>PNAISM</b>	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher

<b>PNH</b>	Política Nacional de Humanização
<b>PPP</b>	Projeto Político Pedagógico
<b>QRSNvivo</b>	Qualitative Solutions Reaserch
<b>RN</b>	Recém-Nascido
<b>SES</b>	Secretaria de Estado de Saúde
<b>SUS</b>	Sistema Único de Saúde
<b>SESDF</b>	Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal
<b>TCLE</b>	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)
<b>UTI Neonatal</b>	Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal
<b>WHO</b>	World Health Organization

## SUMÁRIO

<b>PRÓLOGO</b> .....	<b>16</b>
<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	<b>18</b>
<b>2 OBJETIVOS</b> .....	<b>22</b>
2.1 OBJETIVO GERAL .....	22
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	22
<b>3 APRESENTAÇÃO DA TEMÁTICA</b> .....	<b>23</b>
3.1 REFERENCIAIS NORTEADORES DA PROMOÇÃO AO PARTO NORMAL	23
3.1.1 Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher – PAISM (1984)	23
3.1.2 Assistência ao parto normal: um guia prático (OMS, 1996).....	25
3.1.3 Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento – PHPN (2000)	28
3.1.4 Política Nacional de Humanização – PNH (2003) .....	29
3.1.5 Rede Cegonha (2011) .....	30
3.1.6 Projeto Parto Adequado (2015) .....	31
3.1.7 Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal (2017) .....	32
3.1.8 Aprimoramento e Inovação no Cuidado e Ensino em Obstetrícia e Neonatologia (Apice On) (2017).....	34
3.2 DIRETRIZES CURRICULARES PARA A FORMAÇÃO DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE .....	36
3.2.1 Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos da área da saúde ...	36
3.2.2 Diretrizes Curriculares para os programas de Residência Médica .....	38
3.2.3 Diretrizes gerais para os programas de Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde.....	39
<b>4 MATERIAL E MÉTODO</b> .....	<b>41</b>
4.1 DESENHO DO ESTUDO.....	41
4.2 CENÁRIO DA PESQUISA .....	42
4.3 PARTICIPANTES .....	45
4.4 TÉCNICA DE COLETA DE DADOS .....	45
4.5 ANÁLISE DOS DADOS .....	46
4.5.1 A pré-análise.....	47
4.5.2 A codificação .....	48
4.5.3 A categorização.....	49
4.5.4 NVivo - <i>Software</i> de Análise Qualitativa de Dados .....	50
4.6 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS .....	51
<b>5 RESULTADOS</b> .....	<b>53</b>
5.1 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES.....	53
5.2 ANÁLISE INTERPRETATIVA POR ÁREA TEMÁTICA.....	54

5.2.1 Abordagem das boas práticas de atenção ao parto e nascimento nos programas de Residência Médica e de Enfermagem.....	55
5.2.2 Práticas desnecessárias que permanecem na assistência ao parto ...	58
5.2.3 Normas e rotinas na assistência ao parto normal.....	59
5.2.4 Processos de trabalho no cenário da residência .....	60
5.2.5 A busca e atualização das evidências científicas para o ensino das Boas Práticas Clínicas .....	61
<b>6 DISCUSSÃO .....</b>	<b>66</b>
6.1 A FORMAÇÃO DOS OBSTETRAS NO PROCESSO DE ENSINO E APRENDIZADO DAS BOAS PRÁTICAS DE ATENÇÃO AO PARTO E NASCIMENTO.....	66
6.2 O PROCESSO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SERVIÇO PARA OS FORMADORES .....	72
<b>7 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>79</b>
<b>GLOSSÁRIO .....</b>	<b>82</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>87</b>
<b>APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) .....</b>	<b>95</b>
<b>APÊNDICE B - ROTEIRO DE ENTREVISTA COM OS PARTICIPANTES .....</b>	<b>96</b>
<b>APÊNDICE C - DIÁRIO DE CAMPO – AMBIÊNCIA E UTILIZAÇÃO DE PRÁTICAS NA CONDUÇÃO DO PARTO E NASCIMENTO .....</b>	<b>97</b>
<b>APÊNDICE D - ELABORAÇÃO DAS CATEGORIAS, SUBCATEGORIAS E UNIDADES DE REGISTRO MAIS FREQUENTES - TEMÁTICA 1 – MÉDICOS .....</b>	<b>98</b>
<b>APÊNDICE E - ELABORAÇÃO DAS CATEGORIAS E UNIDADES DE REGISTRO MAIS FREQUENTES - TEMÁTICA 1 – ENFERMEIROS(AS).....</b>	<b>100</b>
<b>APÊNDICE F - ELABORAÇÃO DAS CATEGORIAS, SUBCATEGORIAS E UNIDADES DE REGISTRO MAIS FREQUENTES - TEMÁTICA 2 – MÉDICOS .....</b>	<b>102</b>
<b>APÊNDICE G - ELABORAÇÃO DAS CATEGORIAS E UNIDADES DE REGISTRO MAIS FREQUENTES - TEMÁTICA 2 – ENFERMEIROS (AS).....</b>	<b>104</b>
<b>APÊNDICE H - ELABORAÇÃO DAS CATEGORIAS, SUBCATEGORIAS E UNIDADES DE REGISTRO MAIS FREQUENTES - TEMÁTICA 3 – MÉDICOS .....</b>	<b>106</b>
<b>APÊNDICE I - ELABORAÇÃO DAS CATEGORIAS E UNIDADES DE REGISTRO MAIS FREQUENTES - TEMÁTICA 3 – ENFERMEIROS(AS).....</b>	<b>107</b>
<b>APÊNDICE J - ELABORAÇÃO DAS CATEGORIAS, SUBCATEGORIAS E UNIDADES DE REGISTRO MAIS FREQUENTES - TEMÁTICA 4 – MÉDICOS .....</b>	<b>108</b>
<b>APÊNDICE K - ELABORAÇÃO DAS CATEGORIAS E UNIDADES DE REGISTRO MAIS FREQUENTES - TEMÁTICA 4 – ENFERMEIROS(AS).....</b>	<b>109</b>
<b>APÊNDICE L - ELABORAÇÃO DAS CATEGORIAS E UNIDADES DE REGISTRO</b>	

<b>MAIS FREQUENTES - TEMÁTICA 5 – MÉDICOS (AS) .....</b>	<b>110</b>
<b>APÊNDICE M - ELABORAÇÃO DAS CATEGORIAS E UNIDADES DE REGISTRO MAIS FREQUENTES - TEMÁTICA 5 – ENFERMEIRAS(AS).....</b>	<b>112</b>
<b>ANEXO A - TELA DO QRS NVIVO®.....</b>	<b>113</b>
<b>ANEXO B - CARTA DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL.....</b>	<b>114</b>

## PRÓLOGO

*Ensinar exige a convicção de que a mudança é possível.*

Paulo Freire

No decorrer da minha experiência profissional, como enfermeira obstetra, no partilhar das experiências do parto com as mulheres e os profissionais, tive a oportunidade de conhecer e atuar com dois modelos de atenção ao parto e nascimento. Graduei-me em Enfermagem e Obstetrícia no final de 1992. Aprendi Obstetrícia dentro do modelo biomédico, hospitalocêntrico. Desconhecia as práticas baseadas nas melhores evidências científicas para a condução do parto normal.

Em 1993, assumi a chefia de um hospital-maternidade e trabalhava na assistência ao parto dentro do modelo ensinado/aprendido na academia. Era o único modelo até então conhecido por mim e pelos colegas médicos desse serviço de atenção ao parto. O Rezendinho (Obstetrícia Fundamental), capa preta, 1979, era o meu livro de cabeceira. E, dentro das nossas possibilidades de conhecimento prático-teórico da assistência obstétrica, tínhamos a firme convicção de estar fazendo o nosso melhor. A paciente recebia uma “prescrição coletiva”, era praticamente a mesma para todas, salvo àquelas fora do perfil de parto habitual, com alterações já identificadas e acompanhadas desde o pré-natal.

A condução do trabalho de parto incluía desde enema, tricotomia, jejum, hidratação venosa, ocitocina de rotina, restrição ao leito, ausência de acompanhante, pré-parto coletivo, parto em litotomia, episiotomia de rotina, etc. As parturientes nunca questionavam as condutas médicas ou de enfermagem. Mantinham-se passivas durante todo o trabalho de parto e parto, confiando o corpo, a vida, à equipe de plantão, os “protagonistas do nascimento”.

Por volta do ano 2000, por iniciativa do Ministério da Saúde, vários cursos de Especialização em Enfermagem Obstétrica foram ofertados nos estados brasileiros e no Distrito Federal, como estratégia para garantir que as enfermeiras ocupassem melhores posições no cenário do parto e suporte legal para exercerem a prática na lógica da humanização. Como aluna desse curso, realizado na Universidade de

Brasília (UnB), ouvi falar das práticas obstétricas baseadas em evidências científicas e na possibilidade de implantação de um novo modelo de atenção ao parto.

Esse modelo, humanizado, pautado em tecnologias leves de cuidado, desmedicalizado e centrado na mulher era algo totalmente novo para mim. Durante a prática/estágio desse curso, já foi possível observar a satisfação das mulheres assistidas dentro do modelo, no qual as condutas e os processos de cuidado eram amparados pelos referenciais norteadores das políticas públicas que promovem a utilização das boas práticas obstétricas.

Assim, a partir do conhecimento adquirido, determinados profissionais assumem posições estratégicas que viabilizam a política de humanização do parto e nascimento para implementar práticas que favorecem o parto fisiológico. Essa postura, no entanto, não está associada a uma categoria em particular; está diretamente vinculada àqueles que, no processo de formação, têm a oportunidade de desenvolver conhecimentos, habilidades e competências para atuar de forma humanizada.

Motivada pela relevância de conhecer os dados sobre a adesão dos profissionais a essas práticas, construí, na minha dissertação de Mestrado (2015), um instrumento para análise da adesão dos profissionais de saúde às boas práticas na atenção ao parto normal. Na construção dos itens do instrumento levei em consideração três dimensões: Organização da Rede de Atenção à Gestação, Parto e Nascimento; Práticas comuns na condução do parto normal; e Organização dos processos de trabalho em saúde. O instrumento foi aplicado aos profissionais médicos e enfermeiros que atuam na atenção ao parto nos hospitais da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES/DF).

Os resultados da aplicação do instrumento foram publicados e demonstraram que ainda são requeridas estratégias para aprofundar as mudanças necessárias no modelo obstétrico. Evidenciaram-se desafios para o cumprimento das boas práticas, representados pelas dificuldades das relações entre os profissionais que assistem ao parto e nascimento, para a formação de novos obstetras.

Por se tratar de um evento que envolve processos culturais, interações individuais e sociais, com poderes e legitimidades diferenciados, a implementação do novo modelo se desenvolve com excessiva demora em sua efetivação. Mas, muito já se avançou. Esse processo está em pleno desenvolvimento e não tem mais volta.

## 1 INTRODUÇÃO

*A educação, qualquer que seja ela, é sempre uma teoria do conhecimento posta em prática.*

**Paulo Freire**

O cenário de formação em saúde é um desafio pedagógico substancial a ser enfrentado pelos programas de residência. A formação profissional em saúde no Brasil tem sido historicamente norteadada pelo modelo tradicional, biologicista, tecnocrático e médico-centrado. Isso evidencia a fragmentação do cuidado em saúde, no qual se prioriza a superespecialização e a sofisticação dos procedimentos, ignorando estratégias pedagógicas fundamentadas no ensino problematizado e na construção do saber coletivo<sup>(1-2)</sup>. A formação profissional em saúde é um processo complexo. Ademais, esse modelo tem potencializado a divisão técnica e social do trabalho em saúde<sup>(3)</sup>.

No contexto da formação em obstetrícia, distingue-se a Residência Médica e Áreas Profissionais de Saúde (Uniprofissional – Enfermagem Obstétrica), que são modalidades de ensino em nível de pós-graduação caracterizadas pelo treinamento em serviço e supervisionadas por profissionais habilitados. São consideradas o padrão-ouro dos cursos de pós-graduação *lato sensu*, prática marcada pela aquisição progressiva de atributos técnicos e relacionais no desenvolvimento do profissionalismo. São tidas como uma qualificação profissional diferenciada, pois possibilitam o desenvolvimento de saberes e competências profissionais, agregam segurança no desenvolvimento do trabalho e satisfação com a profissão<sup>(4-5)</sup>.

A Residência tem como base a aprendizagem pela prática cotidiana, a partir da exposição a situações próprias para a formação, que representam momentos do dia a dia profissional, planejados de forma didática. Além de contribuir para a construção de um modelo para a conformação ideológica, ética e da identidade profissional, a sua compreensão não se limita à de um projeto educacional de especialização isolado, mas também de força de trabalho nas instituições mantenedoras de programas e de um espaço de política de saúde<sup>(6)</sup>. Dessa forma, aliam programas pedagógicos aos arranjos decorrentes da integração ensino-serviço, o que implica grande ambiguidade

no seu potencial de mudanças no modelo de atenção ao parto: podem ser tanto disruptivos como reprodutivos das práticas vigentes.

O Projeto Político Pedagógico (PPP) do curso da residência obstétrica em enfermagem da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES/DF) foi elaborado de acordo com as orientações da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde<sup>(7)</sup> (CNRMS). Trata-se de um projeto único para todas as maternidades que desenvolvem essa modalidade de ensino de pós-graduação. Estrutura-se em 5.760 horas distribuídas em disciplinas teóricas, teórico-práticas e práticas, com duração de dois anos.

A SES/DF é responsável por garantir os espaços de ensino em serviço e pela seleção dos preceptores. O curso tem como eixo norteador a ideologia do cuidado centrado na mulher, incentivo à utilização das boas práticas obstétricas e redução das intervenções desnecessárias, da desmedicalização da saúde, fomento à autonomia e protagonismo da mulher. Concebe a assistência de enfermagem como uma construção compartilhada, na qual as preceptoras se orientam pelo princípio da não intervenção.

Os projetos político-pedagógicos da residência médica apresentam estrutura curricular distribuída em atividades teórico-práticas, com carga horária prática (treinamento em serviço) total de 6.765, carga horária teórica total de 1.875 horas e duração de três anos, conforme preconiza a Resolução CNRM nº 02, de 17 de maio de 2006<sup>(8)</sup>.

Ambos os projetos apontam para o uso de metodologias ativas, com ênfase no acompanhamento contínuo do discente e priorizando a avaliação formativa e somativa<sup>(9)</sup>. O uso de metodologias inovadoras no processo ensino-aprendizagem permite que o discente aprenda a aprender, tornando-se autor principal na formação do seu conhecimento, passando de ouvinte passivo para um discente ativo que participa durante todo o processo do seu aprendizado<sup>(10)</sup>.

A prática clínica, baseada em evidências científicas e foco deste estudo, traz atualmente o amparo dos mais recentes estudos publicados para orientar o cuidado e a segurança da paciente. A medicina evoluiu consideravelmente em relação aos avanços das tecnologias médicas, que inegavelmente proporcionam benefícios significativos em termos de saúde materna e infantil, especialmente em gestações de alto risco e partos prematuros. No entanto, muito dos cuidados no campo da obstetrícia não requer a complexidade da densa tecnologia, o que pode, inclusive,

levar a intervenções desnecessárias que comprometem a fisiologia do nascimento e contribuem para a ocorrência de iatrogenias<sup>(11)</sup>.

Atualmente, o Brasil apresenta um modelo de atenção ao trabalho de parto, parto e nascimento caracterizado pelo uso excessivo de intervenções obstétricas e neonatais. Essas intervenções, quando usadas de forma rotineira, ou não baseadas nas melhores evidências científicas, estão associadas a resultados maternos e perinatais desfavoráveis<sup>(12)</sup>. Melhorar a qualidade da assistência obstétrica, especialmente do atendimento ao parto e nascimento, com a consequente redução da mortalidade materna, é um dos desafios dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) para os anos de 2016 a 2030<sup>(13-14)</sup>.

A prática baseada em evidências é uma estratégia eficaz para melhorar a qualidade da assistência obstétrica. No entanto, nem sempre é um processo fácil encorajar os profissionais de saúde a mudar as intervenções de rotina de acordo com essas práticas<sup>(15)</sup>. No entanto, iniciativas do Ministério da Saúde, com o objetivo de qualificação desse modelo, baseadas no uso apropriado da tecnologia, aliadas à mobilização social, vêm buscando modificar essa situação<sup>(12)</sup>.

Considerando que a mudança no modelo de atenção ao parto pode se dar por meio da formação adequada de novos profissionais, forjados na *expertise* das boas práticas obstétricas, é fundamental refletir sobre as perspectivas de formação que transcendam as abordagens de natureza técnico-pedagógica, pois o processo educativo é essencialmente social, relacional, comunicativo e político<sup>(16)</sup>.

Dessa forma, diante do potencial do processo de formação para a mudança do modelo obstétrico e para a redução da morbimortalidade materna e neonatal, este estudo tem como questão norteadora: “Como é conduzido o processo de formação de obstetras, na modalidade *residência*, de forma a reduzir as intervenções desnecessárias e implementar as práticas recomendadas pelas diretrizes nacionais e internacionais de assistência ao parto normal?”.

Diante desse contexto, considera-se relevante para a prática da assistência obstétrica conhecer o processo de formação dos cursos de residência da medicina e da enfermagem, com foco no ensino das boas práticas obstétricas, uma vez que, só por meio da educação, da formação, da (des)construção de saberes e apreensão de novos significados da parturição é possível promover mudanças.

Acredita-se que a compreensão desse processo de ensino-aprendizagem na modalidade residência pode fornecer dados importantes para modificações nos

projetos pedagógicos dos cursos, que podem transcorrer com mudanças na formação dos futuros profissionais, na mudança do modelo de assistência ao parto e na reorganização dos serviços de saúde da rede de atenção ao parto e nascimento do Distrito Federal.

## 2 OBJETIVOS

*Ensinar exige compreender que a educação é uma forma de intervenção no mundo.*

Paulo Freire

### 2.1 OBJETIVO GERAL

- Compreender, a partir do ponto de vista dos preceptores, como o processo de formação de obstetras (médicos e enfermeiras) na modalidade *residência* desenvolve e ensina as práticas recomendadas pelas diretrizes nacionais e internacionais de assistência ao parto normal.

### 2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar como o tema das boas práticas obstétricas é abordado pelos preceptores nos programas de residência obstétrica;
- Entender como ocorre o processo de educação permanente dos preceptores com relação à busca e atualização das evidências científicas na prática clínica obstétrica;
- Descrever as lacunas e potencialidades identificadas nos programas de residência obstétrica da escola de saúde pesquisada.

### 3 APRESENTAÇÃO DA TEMÁTICA

*Ensinar não é transferir conhecimento, mas criar as possibilidades para a sua própria produção ou a sua construção.*

Paulo Freire

Neste capítulo, são apresentados os Programas, Estratégias e Políticas Públicas de Saúde no âmbito da linha de cuidado materno infantil desenvolvidas pelo Ministério da Saúde com o intuito de minimizar as taxas de morbimortalidade materna, fetal e perinatal e promover mudanças no modelo de atenção ao parto e nascimento no Brasil, bem como as diretrizes curriculares para os programas de Residência Médica e Residência Multiprofissional em Saúde.

#### 3.1 REFERENCIAIS NORTEADORES DA PROMOÇÃO AO PARTO NORMAL

Parto e nascimento são eventos transformadores na vida de mulheres e bebês e, na maioria das vezes, não apresentam riscos. O modelo de assistência ao parto é uma questão há muito discutida, particularmente no Brasil, desde a década de 1980. O Ministério da Saúde (MS) vem buscando garantir boas práticas obstétricas e neonatais, ambiência adequada e a inserção de enfermeiras obstétricas no cenário do parto e nascimento, com o objetivo de garantir que esse evento natural possa transcorrer de forma humanizada, segura e com o mínimo de intervenções. Assim, abordaremos as principais políticas e programas que o MS vem implementando desde os anos 1980 até os dias atuais.

##### 3.1.1 Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher – PAISM (1984)

O Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) foi criado em 1984 pelo Ministério da Saúde, com o objetivo de melhorar a saúde da população feminina, abrangendo as necessidades e demandas em todas as fases e ciclos de vida, reduzindo a morbimortalidade. Esse modelo de atenção propõe a integralidade

das ações articuladas entre os serviços de todos os níveis de atenção, a valorização de práticas educativas, a informação e o empoderamento da mulher sobre sua saúde, autocuidado, sexualidade, direitos e cidadania, ampliando a capacidade crítica das mulheres<sup>(17-18)</sup>.

Com relação às diretrizes com foco no parto e nascimento, o PAISM orienta quanto à melhoria e qualidade da assistência ao parto, ampliando a cobertura do atendimento prestado por pessoal treinado tanto no sistema formal como no informal (parteiras tradicionais), com diminuição dos índices de cesáreas desnecessárias. Esclarece ainda que os serviços de saúde devem ser dotados de meios adequados, articulando-se os esforços do governo federal, dos estados e municípios, com o objetivo de oferecer atividades de assistência integral voltadas para o aprimoramento do pré-natal, do parto e do puerpério. Ressalta a importância para o acompanhamento sistemático dos períodos do parto, de modo a garantir que esses processos ocorram, sempre que possível, de forma natural e com a participação ativa da mulher no cenário do parto<sup>(18)</sup>.

Esse programa foi criado em meio a discussões democráticas entre especialistas na área do cuidado materno infantil, bem como por mulheres representantes do movimento feminista do Brasil, até então deixadas à margem das discussões sobre as suas próprias necessidades de saúde. Esse movimento ocorreu em articulação com a proposta de Reforma Sanitária no Brasil, que culminou com a criação do SUS. Em 2004, esse programa tomou a forma de Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) e defendia como premissa o direito à saúde e o respeito às diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS).

Entre seus objetivos estão a promoção da melhoria das condições de vida e saúde das mulheres brasileiras (garantia de direitos e ampliação do acesso aos meios e serviços de saúde); a redução da morbidade e mortalidade feminina no Brasil, especialmente por causas evitáveis (em todos os ciclos de vida e nos diversos grupos populacionais) e a ampliação, qualificação e humanização da atenção integral à saúde da mulher no Sistema Único de Saúde. Vários desafios foram encontrados na implantação da PNAISM, entre eles, reduzir a mortalidade materna para padrões aceitos internacionalmente; humanizar o parto, reduzindo os procedimentos desnecessários e iatrogenias, entre outros<sup>(19)</sup>.

A PNAISM está embasada nos princípios e diretrizes da integralidade, universalidade e equidade. Está voltada às mulheres em todos os ciclos de vida, de

acordo com sua faixa etária e grupo populacional. Além de promover a melhoria da qualidade de vida e saúde das mulheres mediante a garantia e ampliação do acesso aos meios e serviços de promoção, prevenção, assistência e recuperação da saúde; reduzindo a morbidade e mortalidade materna, e ampliar, qualificar e humanizar a atenção integral à saúde das mulheres no SUS, busca romper com o enfoque biologicista e medicalizador dos serviços de saúde<sup>(19)</sup>.

Para oferecer um atendimento integral e de qualidade, a PNAISM estabelece ainda que os profissionais e gestores precisam levar em conta os seguintes elementos: acesso da população às ações e aos serviços de saúde nos três níveis de assistência; definição da estrutura e organização da rede assistencial, incluindo o sistema de referência e contrarreferência; captação precoce e busca ativa das usuárias; disponibilidade de recursos tecnológicos; capacitação técnica dos profissionais de saúde e funcionários dos serviços envolvidos nas ações de saúde; disponibilidade de insumos, equipamentos e materiais educativos; acolhimento nos níveis da assistência, com orientação de problemas e possíveis soluções, assegurando à mulher a participação nos processos de decisão em todos os momentos do atendimento e tratamentos necessários; disponibilidade de informações e orientação sobre a promoção da saúde, os meios de prevenção e tratamento dos agravos associados; estabelecimento de mecanismos de avaliação continuada das ações propostas e desenvolvidas, dos serviços de saúde, do desempenho dos profissionais, com participação da mulher-usuário; e análise de indicadores que permitam aos gestores monitorar o andamento das ações, o impacto sobre os problemas tratados e a redefinição de estratégias necessárias.

### **3.1.2 Assistência ao parto normal: um guia prático (OMS, 1996)**

O relatório técnico *Assistência ao parto normal: um guia prático* aborda questões de assistência ao parto normal, independente do seu local ou nível de assistência. As recomendações para apoiar o processo do parto normal não são específicas para um país ou região. Têm como objetivo examinar as evidências pró ou contra algumas das práticas mais comuns e fazer recomendações, fundamentadas nas melhores evidências disponíveis, quanto ao papel do profissional na assistência ao parto normal<sup>(20)</sup>.

Esse documento possibilitou um novo modo de intervir na atenção ao parto e ao nascimento, com base em novos referenciais teóricos e práticos, repensando o modelo de intervenção hegemônico centrado na fragmentação e na verticalização de ações profissionais. Assim, a sua implementação, no exercício da obstetrícia, já trouxe importantes contribuições, a fim de qualificar a atenção obstétrica e reduzir as taxas de morbimortalidade materna e infantil<sup>(21)</sup>.

A partir desse documento, foi possível provocar os profissionais a repensar o parto como um evento que transcende aspectos estritamente biológicos, com vistas a alcançar um significado social que abrange tanto aspectos culturais e econômicos quanto compreensão de valores, crenças, culturas e atitudes profissionais. Logo, esse fenômeno não deve ser reduzido a uma ação mecânica, visto que a mulher é singular e multidimensional<sup>(21-22)</sup>.

O Relatório Técnico da OMS,<sup>(20)</sup> Assistência ao parto normal: um guia prático, classifica as práticas segundo utilidade, eficácia e risco, para orientar a conduta do profissional: A) Práticas demonstrativamente úteis e que devem ser estimuladas; B) Práticas claramente prejudiciais ou ineficazes e que devem ser evitadas; C) Práticas com poucas evidências e que devem ser utilizadas com cautela; e D) Práticas frequentemente utilizadas de modo inadequado, conforme exemplificação na Tabela 1.

**Tabela 1 – Práticas de atenção ao parto normal segundo as recomendações da OMS, 1996.**

**RECOMENDAÇÕES DA OMS - 1996**

**CATEGORIA A**

**Práticas demonstrativamente úteis e que devem ser encorajadas**

- ✓ Plano individual determinando onde e por quem o parto será realizado, feito em conjunto com a mulher durante a gestação e comunicado ao seu companheiro e, se aplicável, à sua família.
- ✓ Oferecer líquidos por via oral durante o trabalho de parto e parto.
- ✓ Respeitar a escolha da mãe sobre o local do parto, liberdade de posição e movimento e estímulo a posições não supinas, após ter recebido informações.
- ✓ Respeito ao direito da mulher à privacidade no local do parto.
- ✓ Apoio empático pelos prestadores de serviço durante o trabalho de parto e parto.

- 
- ✓ Respeitar a escolha da mulher quanto ao acompanhante durante o trabalho de parto e parto.
  - ✓ Não utilizar métodos invasivos nem farmacológicos para alívio da dor durante o trabalho de parto e parto, mas sim métodos como massagem e técnicas de relaxamento.
- 

#### **CATEGORIA B**

##### **Práticas claramente prejudiciais ou ineficazes e que devem ser eliminadas**

---

- ✓ Uso rotineiro de enema e tricotomia.
  - ✓ Infusão intravenosa de rotina no trabalho de parto.
  - ✓ Administração de ocitócitos antes do parto de um modo que não se permita controlar os seus efeitos.
  - ✓ Uso rotineiro da posição supina durante o trabalho de parto.
  - ✓ Uso rotineiro da posição de litotomia com ou sem estribo.
  - ✓ Esforços de puxo prolongado e dirigidos.
- 

#### **CATEGORIA C**

##### **Práticas sem evidências suficientes para apoiar uma recomendação clara e que devem ser utilizadas com cautela até que mais pesquisas clarifiquem sua adoção**

---

- ✓ Uso rotineiro de amniotomia precoce (romper a bolsa d'água) durante o início do trabalho de parto.
  - ✓ Pressão no fundo uterino durante o parto e parto.
  - ✓ Utilização de ocitocina rotineira, tração controlada do cordão ou combinação de ambas durante a dequitação.
  - ✓ Clampeamento precoce do cordão umbilical.
- 

#### **CATEGORIA D**

##### **Práticas frequentemente utilizadas de modo inadequado**

---

- ✓ Restrição de comida e líquidos durante o trabalho de parto.
  - ✓ Controle da dor por meio de analgesia peridural.
  - ✓ Correção da dinâmica com a utilização de ocitocina.
  - ✓ Transferência rotineira da parturiente para outra sala no início do segundo estágio do trabalho de parto.
  - ✓ Exames vaginais frequentes e repetidos especialmente por mais de um prestador de serviços.
  - ✓ Uso liberal ou rotineiro de episiotomia.
-

### 3.1.3 Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento – PHPN (2000)

O Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), lançado em 2000 pelo Ministério da Saúde, por meio da Portaria GM nº 569, de 1º de junho, objetiva reorganizar a assistência ao ciclo gravídico-puerperal, ampliar o acesso e garantir a qualidade. Tem como características o olhar para a integralidade da assistência e a afirmação dos direitos da mulher, incorporadas como diretrizes institucionais<sup>(23)</sup>.

O PHPN permitiu o diálogo requerido sobre a mudança de condutas e procedimentos adotados nos serviços, e da visão destes sobre a mulher, suas necessidades e direitos, visto que o programa prioriza o parto vaginal, a não medicalização e a redução de intervenções, valorizando e dando voz à mulher<sup>(24)</sup>.

Está estruturado nos seguintes princípios: toda gestante tem direito ao acesso e a atendimento digno e de qualidade no decorrer da gestação, do parto e puerpério; toda gestante tem o direito de saber e ter assegurado o acesso à maternidade onde terá os seus filhos; toda gestante tem direito a uma assistência humanizada e segura no parto e puerpério; todo recém-nascido tem direito a uma assistência humanizada e segura<sup>(23)</sup>.

Nesse documento, evidenciam-se duas características marcantes: o olhar para a integralidade da assistência obstétrica e a afirmação dos direitos da mulher incorporados como diretrizes institucionais. As recomendações que emergiram do PHPN resultaram na atenção que reconhece os direitos fundamentais da mulher e da criança, além do direito à tecnologia apropriada, baseada em evidências científicas. Inclui o direito ao local do parto, à escolha de um acompanhante, preservação da integridade corporal, apoio emocional no ciclo gravídico-puerperal e uso racional e restrito de episiotomia<sup>(25)</sup>.

Nesse cenário de intensas transformações na obstetrícia, muitas enfermeiras mostraram disposição para desenvolver habilidades específicas que estimulassem o parto vaginal por meio do empoderamento feminino e foram incentivadas pelo Ministério da Saúde a realizarem Curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica, como uma estratégia para agregar novos capitais que lhes garantissem melhores posições no campo e suporte legal para exercerem sua prática na lógica da humanização<sup>(25)</sup>.

### 3.1.4 Política Nacional de Humanização – PNH (2003)

A Política Nacional de Humanização (PNH) existe desde 2003 para efetivar os princípios do SUS no cotidiano das práticas de atenção e gestão, qualificando a saúde pública no Brasil e incentivando trocas solidárias entre gestores, trabalhadores e usuários. A PNH deve se fazer presente e estar inserida em todas as políticas e programas do SUS. Promover a comunicação entre esses três grupos pode provocar uma série de debates em direção a mudanças que proporcionem melhor forma de cuidar e novas formas de organizar o trabalho<sup>(26)</sup>.

A PNH não inaugura o tema da humanização no sistema de saúde brasileiro, mas muda seu sentido e estratégias. Até 2003, havia uma série de iniciativas de humanização que tinham por características a dinâmica de programas, a baixa transversalidade entre os programas e setores do MS e a imprecisão conceitual sobre o objeto *humanização da saúde*. Com isso, não se quer negar a pertinência e a importância dessas iniciativas, ao contrário. Sem elas não haveria a formulação de uma Política de Humanização. Todavia, a construção de "programas de humanização" (do parto, da saúde da criança, da assistência hospitalar etc.) estava na contramão da tendência de organização do SUS, que caminha cada vez mais na direção da corresponsabilização dos agentes sanitários na formulação e na implementação de práticas de saúde<sup>(27)</sup>.

A PNH apresenta-se como uma política para reinventar modos de gerir e modos de cuidar, tomando por diretrizes o acolhimento, a ampliação da clínica, a gestão democrática, a valorização do trabalhador e a garantia dos direitos dos usuários. Essas diretrizes se apoiam em três princípios: a ampliação da transversalidade ou aumento do grau de abertura comunicacional intra e intergrupos, favorecendo a capacidade de interferência mútua entre sujeitos e a sua capacidade de deslocamento subjetivo; a inseparabilidade entre gestão e atenção e, finalmente, a aposta no protagonismo dos sujeitos em coletivos<sup>(27)</sup>.

Com a PNH o tema da participação em saúde igualmente assume novos contornos, ampliando-se na direção da inclusão protagonista e corresponsável dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde. A PNH é uma política do SUS. Emerge na convergência de três objetivos centrais: (1) enfrentar desafios enunciados pela sociedade brasileira quanto à qualidade e à dignidade no cuidado em saúde; (2) redesenhar e articular iniciativas de humanização do SUS e (3)

enfrentar problemas, no campo da organização e da gestão do trabalho em saúde, que têm produzido reflexos desfavoráveis tanto na produção de saúde como na vida dos trabalhadores<sup>(27)</sup>.

No cenário da obstetrícia, a humanização vem resgatar o acesso oportuno, o acolhimento com escuta qualificada, a classificação de risco, a qualidade e segurança do cuidado, o fomento da autonomia e protagonismo da mulher, a resolutividade às demandas que ela traz, a oportunidade de ser sujeito da sua história e participar da tomada das decisões<sup>(21)</sup>.

Considerando as evidências publicadas em ampla literatura, nacional e internacional, que comprovam cada vez mais os benefícios de uma assistência humanizada a desfechos perinatais positivos, é fundamental que a formação acadêmica incorpore os conhecimentos dessa política nacional à praxe dos futuros profissionais de saúde<sup>(21)</sup>.

### **3.1.5 Rede Cegonha (2011)**

Em 2011, o Ministério da Saúde apresentou uma proposta inovadora, criada por meio da Portaria nº 1.459, de 24 de junho, que objetivava promover a implantação de um novo modelo de atenção ao parto na rede pública de saúde. Para tal, foram desenvolvidas ações de ampliação e melhoria do planejamento reprodutivo e do pré-natal, focando numa atenção humanizada durante a gravidez, parto/nascimento e puerpério. A estratégia também promoveu o aumento da oferta de cursos de residência e especialização nas áreas da saúde da mulher e da criança, especialmente para a enfermagem obstétrica<sup>(28-29)</sup>.

Os avanços embutidos na proposta da Rede Cegonha (2011) dizem respeito à gestão do cuidado, incorporando os dispositivos da Política Nacional de Humanização, como o acolhimento e a classificação de risco, bem como o projeto terapêutico singular, traduzido no plano de expectativas para o parto, a ser implantado onde seja possível. Além do mais, prevê o trabalho em equipe multiprofissional de forma transdisciplinar e complementar; aprimoramento do processo de trabalho com adoção de atenção humanizada e práticas com base em evidências científicas, dentre outros fatores.

Além da gestão do cuidado, a proposta da Rede Cegonha<sup>(28)</sup> visa estruturar a gestão do sistema, com a organização da rede de atenção à saúde materna e infantil

em níveis de assistência regionalizados e hierarquizados, com garantia de vaga a partir do início do pré-natal, diversidade de pontos de atenção, efetividade da regulação e ordenamento do sistema. As competências e responsabilidades dos pontos de atenção no cuidado integral estão correlacionadas com abrangência de base populacional, acessibilidade e escala para conformação de serviços.

A Rede Cegonha<sup>(28)</sup> propõe as seguintes ações a serem implementadas no componente parto e nascimento: incorporação das boas práticas de atenção à saúde baseada em evidências científicas recomendadas pela OMS; realização de acolhimento com classificação de risco nos serviços de atenção obstétrica e neonatal; implementação de equipes que trabalhem de forma horizontal nos serviços de atenção obstétrica e neonatal; implementação de colegiado gestor nas maternidades; ambiência adequada dos serviços de saúde que realizam partos; garantia de oferta de leitos obstétricos e neonatais; implementação de centros de parto normal intra e peri-hospitalar.

Na perspectiva da Rede Cegonha<sup>(28)</sup>, espera-se que todos os gestores e profissionais de saúde do SUS participem desse esforço e trabalhem para que os pontos de atenção necessários ao cuidado materno-infantil estejam conectados e funcionem em rede. Assim, pretende-se minimizar a fragmentação, o desperdício de recursos e a ineficiência, ao mesmo tempo em que se busca garantir a integralidade da assistência<sup>(28)</sup>. Os resultados da implantação da Rede Cegonha realçam um aumento significativo do acesso à tecnologia apropriada ao parto e nascimento entre os anos de 2011 e 2017, com aumento da proporção de uso de práticas benéficas e redução de práticas consideradas prejudiciais<sup>(29)</sup>.

### **3.1.6 Projeto Parto Adequado (2015)**

Trata-se de um projeto de melhoria da qualidade, que visa fornecer apoio institucional, científico e metodológico aos hospitais que desejam reorganizar o modelo de atenção ao parto e nascimento<sup>(30)</sup>. Foi lançado em 2015 pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), por meio de acordo de cooperação técnica com o Institute Healthcare Improvement (IHI) e o Hospital Israelita Albert Einstein (HIAE), com o apoio do Ministério da Saúde. As estratégias do projeto Parto Adequado desenvolveram uma abordagem com base em experiências exitosas de redução de cesarianas no setor privado, incluindo quatro eixos primários: governança,

empoderamento das mulheres, monitoramento de indicadores, e reorganização da estrutura e processos de cuidado<sup>(29-31)</sup>.

A ação, motivada pelo contexto do número excessivo de cesarianas praticadas no setor suplementar de saúde brasileiro – bem acima dos níveis mundialmente aceitáveis –, pretende contribuir para a disseminação do aprendizado e consolidação de estratégias para a redução da proporção de partos cesáreos desnecessários e dos riscos deles decorrentes. Trata-se de uma iniciativa concreta e factível para aumentar o percentual de partos vaginais como experiência positiva e segura para as gestantes, principalmente no setor de saúde suplementar no Brasil<sup>(31)</sup>.

O Projeto foi estruturado nas seguintes fases: Fase 1 – fase piloto, entre 2015 e 2016, que contou com a participação de 35 hospitais e 19 operadoras de planos de saúde. Essa fase foi caracterizada por testes iniciais que demonstraram a viabilidade do projeto; Fase 2 – fase de disseminação, de 2017 a 2020, ainda em curso. Atualmente participam 108 hospitais e 62 operadoras de planos de saúde. Essa fase se caracteriza por estender a intervenção a uma variedade de prestadores e operadoras que representam o país. Nessa fase já foram evitadas 20 mil cesarianas desnecessárias; Fase 3 – contempla medidas para promover a disseminação das estratégias de melhoria da qualidade da atenção do parto e nascimento em grande escala, com possibilidade de inclusão do conjunto de maternidades e operadoras do país<sup>(31)</sup>.

O estudo Nascer Saudável avaliou uma amostra de conveniência de hospitais participantes do projeto Parto Adequado. As comparações das taxas de cesarianas dos hospitais avaliados durante o estudo com as taxas observadas no ano anterior à implantação do projeto demonstraram uma redução global de 10% da taxa de cesariana, corroborando que políticas públicas bem conduzidas têm potencial para implementar as mudanças idealizadas para a forma de nascer<sup>(29,31)</sup>.

### **3.1.7 Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal (2017)**

Trata-se do mais recente documento do Ministério da Saúde para a qualificação do modo de nascer no Brasil. Visa orientar as mulheres brasileiras, os profissionais de saúde e os gestores, nos âmbitos público e privado, sobre importantes questões relacionadas às práticas mais comuns na assistência ao parto e ao nascimento, suas

indicações e condutas, baseadas nas melhores evidências disponíveis, no intuito de promover, proteger e incentivar o parto normal.

Dentre do escopo e finalidades almejadas, a proposta do documento é promover modificações na prática clínica, uniformizar e padronizar as práticas utilizadas na assistência ao parto normal; diminuir a variabilidade injustificada de condutas entre os profissionais; reduzir intervenções desnecessárias; difundir e aumentar as melhores práticas baseadas em evidências e fazer recomendações contra ou a favor de algumas práticas no processo de decisão e condução da assistência ao parto normal. Para efeito dessa Diretriz, entende-se como parto normal ou espontâneo aquele que não foi assistido por fórceps, vácuo extrator ou cesariana, podendo fazer uso de intervenções baseadas em evidências, como estimulação do trabalho de parto com ocitocina, ruptura artificial de membranas, alívio farmacológico da dor, alívio não farmacológico da dor e manejo ativo do terceiro período<sup>(32)</sup>.

A elaboração dessa diretriz contou com o conhecimento e a *expertise* de muitos profissionais, dentre eles, médicos obstetras, médicos de família, clínicos gerais, neonatologistas, anesthesiologistas e enfermeiras obstétricas, que foram convidados pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS e Coordenação Geral da Saúde da Mulher do Ministério da Saúde. Foi, portanto, realizada uma busca por diretrizes de assistência ao parto, nos idiomas inglês, espanhol, francês e português, publicadas em 2004 e 2014, para análise e potencial adaptação. Após o processo de busca e identificação, foram avaliadas por três avaliadores independentes. Das seis diretrizes identificadas, o grupo decidiu utilizar as quatro mais bem avaliadas. A diretriz do NICE (National Institute for Health Care and Clinical Excellence) foi a fonte principal para a adaptação e as outras atuaram como fonte secundária, caso alguma das questões do escopo não fosse respondida pela diretriz principal<sup>(32)</sup>.

Essas diretrizes foram formuladas a partir das recomendações das diretrizes fontes, adaptadas ao contexto brasileiro, mas mantendo a sua relação com as evidências analisadas nas diretrizes fontes de adaptação. Dentre elas, elencam-se: local de assistência ao parto; profissional que assiste o parto; cuidados gerais durante o trabalho de parto; apoio físico e emocional; dieta durante o trabalho de parto; medidas de assepsia para o parto vaginal; avaliação do bem-estar fetal; manejo da dor no trabalho de parto; ruptura prematura de membranas no termo; eliminação de mecônio imediatamente antes ou durante o trabalho de parto; assistência no primeiro

período do parto; assistência ao segundo período do parto; assistência ao terceiro período do parto; entre outros temas importantes na assistência ao parto<sup>(32)</sup>.

Segundo Leal<sup>(29)</sup>, os resultados dos estudos, avaliação da Rede Cegonha e Nascer Saudável, realçam um aumento significativo do acesso à tecnologia apropriada ao parto e nascimento entre os anos de 2011 e 2017, com aumento da proporção de uso de práticas benéficas e redução de práticas consideradas prejudiciais, corroborando as expectativas do Ministério da Saúde quanto à qualificação do modo de nascer no Brasil. No setor privado, observou-se também redução nas taxas de cesariana e aumento da idade gestacional ao nascer.

Outro aspecto positivo identificado no estudo de Leal *et al.*<sup>(29)</sup>, decorrente do uso da incorporação das tecnologias leves, foi o aumento dos nascimentos de bebês com IG  $\geq$  39 semanas no setor privado, provavelmente decorrente da redução de cesarianas anteparto e do aumento dos partos vaginais. Dessa forma, verifica-se que políticas públicas bem conduzidas (por todos os profissionais na rede de atenção à saúde) podem mudar o cenário da atenção ao parto e nascimento, promovendo a redução de cesarianas desnecessárias e de desfechos maternos e neonatais negativos.

A política pública pode ser definida como o campo do conhecimento que busca, ao mesmo tempo, “colocar o governo em ação” e/ou analisar essa ação e, quando necessário, propor mudanças no rumo ou curso dessas ações. Debates sobre políticas públicas implicam responder à questão sobre o espaço que cabe aos governos na definição e implementação de políticas públicas, que se constituem uma ferramenta capaz de responder às seguintes questões: quem ganha o quê, por quê e que diferença faz, com vistas a subsidiar a sociedade organizada em suas lutas em prol da conquista de direitos e na formulação e encaminhamento de novas demandas à agenda governamental<sup>(33)</sup>.

### **3.1.8 Aprimoramento e Inovação no Cuidado e Ensino em Obstetrícia e Neonatologia (Apice On) (2017)**

O projeto Apice On é uma iniciativa do Ministério da Saúde, em parceria com a EBSEH, ABRAHUE, MEC e IFF/FIOCRUZ, tendo a Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) como instituição executora. Propõe a qualificação nos campos de atenção/cuidado ao parto e nascimento, planejamento reprodutivo pós-parto e pós

aborto, atenção às mulheres em situações de violência sexual e de abortamento e aborto legal em hospitais com as seguintes características: de ensino, universitários e/ou que atuem como unidade auxiliar de ensino no âmbito da Rede Cegonha.

O propósito é ampliar o alcance de atuação dos hospitais na rede SUS e também reformular e/ou aprimorar processos de trabalho e fluxos para adequação de acesso, cobertura e qualidade do cuidado. Desse modo, traz a perspectiva de potencializar a parceria entre o Ministério da Saúde, os hospitais de ensino e as instituições formadoras vinculadas a esses serviços, visando a fortalecer o papel dos diferentes atores como agentes de cooperação na área obstétrica e neonatal. Para tanto, visa a contribuir com a implementação e capilarização de práticas de cuidado baseadas em evidências científicas, nos direitos e nos princípios da humanização, disponibilizando um conjunto de práticas formativas de atenção e de gestão capazes de produzir impacto em toda a rede de serviços <sup>(34)</sup>.

O projeto Apice On é constituído por uma rede de hospitais com atividades de ensino em todos os estados brasileiros. O objetivo é disparar movimentos para mudanças nos modelos tradicionais de formação, atenção e gestão junto a essas instituições, porque se apresentam como espaços definidores do modo como se consolida o aprendizado de práticas e a incorporação de modelos assistenciais. Por isso, se constituem em espaços preponderantes na formação dos novos profissionais, que tendem a replicar o que viram fazer e o que fizeram no ambiente de formação, especialmente na modalidade *residência*. Assim, a potencialização dos processos formativos em hospitais com atividades de ensino, espaços privilegiados de articulação de atenção à saúde ao ensino, à pesquisa, à extensão, ao desenvolvimento tecnológico e social, desponta como ação estratégica para abordagens que possibilitem o aprimoramento e a introdução e/ou fortalecimento de inovações nas práticas de ensino, cuidado e gestão do trabalho<sup>(34)</sup>.

Acredita-se que a incorporação de um modelo de cuidado centrado nas necessidades e direitos das mulheres, seus bebês e familiares, como também nas melhores práticas disponíveis, poderá produzir, a curto e médio prazos, efeitos significativos na qualidade do cuidado ofertado no SUS, a partir da mobilização desses serviços para mudanças nas práticas de formação, atenção e gestão, balizadas por uma ética do cuidado baseada nas relações, que são a fonte primeira que sustenta as profissões da saúde<sup>(34)</sup>.

## 3.2 DIRETRIZES CURRICULARES PARA A FORMAÇÃO DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Em geral, o modo instituído de formulação das políticas de saúde no SUS passa por uma formulação mais centralizada, sendo, em sua grande maioria, o Ministério da Saúde o principal protagonista dessa formulação, que, em geral, utiliza mecanismos de indução, na sua maior parte de cunho financeiro, para fomentar práticas e padrões que se desejam alcançar. As políticas públicas, além de incluírem ações de governo para enfrentamento de problemas da coletividade, envolvem interesses de múltiplos atores que disputam cotidianamente ideias, valores, visões de mundo e narrativas, vetores que influenciam e definem o desenrolar dessas políticas nos territórios<sup>(35)</sup>.

Partindo do pressuposto de que as políticas públicas são o resultado de um conjunto de ações produzidas nos territórios, pode-se considerar a questão da materialização dessas políticas por parte dos trabalhadores no encontro com os usuários e com a gestão. Cabe reconhecer que todos, com base em suas histórias e experiências de vida, inventam soluções para responder a questões complexas do cotidiano, e que todos aprendemos uns com os outros, em um exercício contínuo, fundamentado na vivência e no encontro, e não apenas na transmissão do saber<sup>(35)</sup>. Desta forma, justifica-se a necessidade de que tais políticas públicas componham os currículos e projetos políticos-pedagógicos dos cursos da área da saúde.

### 3.2.1 Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos da área da saúde

As Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para os cursos da área da saúde foram aprovadas entre 2001 e 2004. Constituem um padrão geral de orientação para a elaboração dos currículos e dos projetos político-pedagógicos a serem adotados por todas as Instituições de Ensino Superior (IES). A primeira resolução com diretrizes para a área da saúde – Resolução nº CNE/CES 1.133/2001 – dispõe sobre as DCN dos cursos de Medicina, Enfermagem e Nutrição, nas quais constam elementos sobre o perfil, competências e habilidades do egresso desses cursos, os conteúdos curriculares, os estágios e as atividades complementares, a organização do curso e o seu acompanhamento e avaliação<sup>(36)</sup>.

Com a intenção de contribuir para a consolidação do SUS no Brasil, o Ministério da Educação (MEC) e o Ministério da Saúde (MS) instituíram as DCNs para 14 profissões da Saúde, com o propósito de construir perfil acadêmico e profissional com competências, habilidades e conteúdos contemporâneos, bem como para tais diretrizes atuarem com qualidade e resolutividade no SUS, considerando o processo da Reforma Sanitária Brasileira. A formação de recursos humanos para as profissões da área da saúde deve se pautar pelo entendimento de que saúde é um processo de trabalho coletivo, do qual resulta, como produto, a prestação de cuidados de saúde<sup>(36-37)</sup>.

Um dos princípios das DCN é fortalecer a articulação da teoria com a prática, valorizando a pesquisa individual e coletiva, assim como os estágios e a participação em atividades de extensão<sup>(36)</sup>. Esse princípio propõe mudanças na realidade de dissociação entre o ensino, a pesquisa e a extensão universitária, que têm sido discutidas em diversos campos de conhecimento, dentre eles o da saúde. Essa fragmentação, bem como a organização curricular direcionada a determinados problemas de saúde, produz um distanciamento dos acadêmicos da realidade social da população<sup>(38)</sup>.

As diretrizes propõem ainda que os currículos possam construir perfil acadêmico e profissional com competências, habilidades e conteúdo, dentro de perspectivas e abordagens contemporâneas de formação pertinentes e compatíveis, com referências nacionais e internacionais, capazes de atuar com qualidade, eficiência e resolutividade no SUS, considerando o processo da Reforma Sanitária Brasileira<sup>(36-38)</sup>. As DCN representam a ação institucional mais expressiva e abrangente a respeito da proposição de mudanças no cenário da formação profissional em saúde, o que evidencia a centralidade que as mudanças curriculares têm apresentado no que diz respeito às críticas e às políticas sobre o trabalho e a formação profissional em saúde<sup>(36-38)</sup>.

Embora as DCNs das 14 carreiras da área de Saúde apresentem uma importante diversidade em relação ao perfil de competência desejado, assemelham-se quando citam que os egressos devem ter uma formação generalista, humanista, crítica e reflexiva. Cabe aqui destacar que os cursos que se preocupam em atrelar ensino, formação e serviço à realidade da população expressam responsabilidade social e compromisso com o cuidado em saúde em todos os níveis de atenção, no

sentido da articulação entre promoção, prevenção e recuperação e/ou reabilitação da saúde<sup>(36-38)</sup>.

O perfil dos enfermeiros e dos médicos nas respectivas diretrizes destaca que o egresso deve estar capacitado a atuar com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania, como promotor da saúde integral do ser humano. Reconhecem que o profissional tem que realizar ações conforme a necessidade de saúde do indivíduo, família e/ou sociedade, na perspectiva da integralidade em todos os níveis de complexidade do sistema. A direção dessas DCNs é formar profissionais que realizem práticas com criticidade, resolutividade e propositividade<sup>(35-39)</sup>.

### **3.2.2 Diretrizes Curriculares para os programas de Residência Médica**

A primeira residência médica no Brasil teve seu início na década de 1940, precisamente no ano de 1944, no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (USP). Essa modalidade de ensino, destinada a médicos, caracterizava-se por ser um treinamento em serviço, funcionando sob a responsabilidade de instituições de saúde, universitárias ou não, sob a orientação de profissionais de elevada qualificação ética e profissional<sup>(38)</sup>. Até meados dos anos 1960, os programas de residência médica concentravam-se apenas em hospitais universitários. O termo “residência” é oriundo do fato que se exigia que o profissional morasse na instituição, pois um dos requisitos era a disponibilidade integral para a formação especializada<sup>(40)</sup>.

O Decreto nº 80.281, de 5 de setembro de 1977, formalizou a institucionalização do Programa de Residência Médica e criou a Comissão Nacional de Residência Médica<sup>(41)</sup> (CNRM). Essa comissão é composta por membros de distintas instituições de educação, saúde e representantes de entidades da categoria médica. Surgiu com o objetivo de regulamentar essa modalidade de ensino no país. O Programa de Residência Médica confere ao médico residente o título de especialista. A expressão “residência médica” só pode ser empregada para programas que sejam credenciados pela Comissão Nacional de Residência Médica.

A Lei nº 6.932, de 7 de julho de 1981, definiu a Residência Médica como “modalidade de ensino de pós-graduação destinada a médicos”. Estabelece que, durante o período de Residência, os estudantes teriam direito a uma bolsa mensal, cujo valor mínimo foi definido por lei. Caracteriza o residente como contribuinte

autônomo da previdência e inscrito na Previdência Social, a quem seriam assegurados os direitos previstos na Lei nº 3.807, de 26 de agosto de 1960, e os decorrentes do seguro de acidentes do trabalho. Estabelece que instituições de saúde responsáveis por programa de residência médica também respondam pela alimentação e alojamento dos residentes no período da residência; assegurando licença-maternidade à residente gestante.

A referida Lei definiu ainda que os “programas dos cursos de Residência Médica respeitarão o máximo de 60 horas semanais. Sendo que o “médico residente fará jus a um dia de folga semanal e a 30 dias consecutivos de repouso por ano de atividade”<sup>(38)</sup>. A proposição dos conteúdos dos programas de Residência Médica para Ginecologia e Obstetrícia está descrita na Resolução nº 2, de 17 de maio de 2006, da CNRM. Os projetos pedagógicos de cada instituição seguem na íntegra o conteúdo programático norteado por essa Resolução e acrescentam a esses os conteúdos complementares que consideram necessários ao aprimoramento do residente.

### **3.2.3 Diretrizes gerais para os programas de Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde**

Em 2005, a Residência Multiprofissional em Área Profissional da Saúde foi definitivamente criada pela Lei Federal nº 11.129, de 30 de junho de 2005. Conforme o Art. 13 da referida lei, constitui modalidade de ensino de Pós-Graduação *Lato Sensu*, voltado para a Educação em Serviço, destinado às categorias profissionais que integram a área de saúde, excetuada a médica. São orientadas pelos princípios e diretrizes do SUS a partir das necessidades e realidades locais e regionais<sup>(42)</sup>.

A Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde – CNRMS, instituída por meio da Portaria Interministerial nº 1.077, de 12 de novembro de 2009, é coordenada conjuntamente pelo Ministério da Saúde e pelo Ministério da Educação. Tem como principais atribuições: avaliar e acreditar os programas de Residência Multiprofissional em Saúde e Residência em Área Profissional da Saúde, de acordo com os princípios e diretrizes do SUS e que atendam às necessidades socioepidemiológicas da população brasileira; credenciar os programas de Residência Multiprofissional em Saúde e Residência em Área Profissional da Saúde, bem como as instituições habilitadas para oferecê-lo; registrar certificados de Programas de Residência Multiprofissional em Saúde e Residência em Área

Profissional da Saúde, de validade nacional, com especificação de categoria e ênfase do programa<sup>(43)</sup>.

Os Programas de Residência Multiprofissional são desenvolvidos em parceria entre gestores e instituições formadoras em áreas justificadas pela realidade local, considerando o modelo de gestão, a realidade epidemiológica, a composição das equipes de trabalho, a capacidade técnico-assistencial, as necessidades locais regionais e o compromisso com os eixos norteadores da Residência Multiprofissional em Saúde. Em consonância com os princípios e diretrizes do SUS, constitui-se em um programa de cooperação intersetorial para favorecer a inserção qualificada dos jovens profissionais da saúde no mercado de trabalho, particularmente em áreas prioritárias do SUS<sup>(43)</sup>.

Cabe destacar que o Programa de Residência Multiprofissional em Saúde se estruturou teórica e metodologicamente em consonância com as diretrizes da Política de Educação Permanente para o SUS, buscando o aprendizado na integralidade e na interdisciplinaridade, inserida na realidade dos serviços de saúde. A proposta é contribuir para a formação de categorias profissionais reconhecidas pela Resolução do Conselho Nacional de Saúde (nº 287/1998) e qualificá-las para o desempenho de suas atividades com competências técnica, política e ética<sup>(36,44)</sup>. Essa modalidade de formação, portanto, pode propiciar a construção e reconstrução de práticas diferenciadas em saúde, que contem com a sensibilidade e integralidade para atender as necessidades de saúde da população<sup>(45)</sup>.

A residência multiprofissional em saúde se constitui como uma das estratégias de formação profissional na consolidação da política de educação em saúde para o SUS. Esse processo de formação aprofunda e reafirma os princípios da universalidade e da concepção ampliada de saúde, constituindo-se em importante estratégia para as profissões, para a defesa da política pública de saúde, numa perspectiva democrática e qualificada, reafirmando ainda a defesa da qualidade dos serviços prestados a partir do princípio da qualificação das equipes que atuam no âmbito da saúde<sup>(44-45)</sup>.

## 4 MATERIAL E MÉTODO

*A linguagem nunca é neutra.*

Paulo Freire

### 4.1 DESENHO DO ESTUDO

Este estudo foi desenvolvido por meio da abordagem qualitativa, por envolver as subjetividades das relações estabelecidas no processo de aprendizagem, no campo de ensino-serviço. Buscou-se desvelar processos sociais ainda pouco conhecidos, a partir dos relatos dos preceptores do curso de residência em Obstetrícia de médicos e enfermeiros. A abordagem qualitativa mostrou-se adequada, pois trabalha com “o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos”<sup>(46)</sup>.

Essa abordagem baseia-se, tipicamente, em pequenas amostras que propiciam, como vantagem, a possibilidade de seleção dos casos mais significantes, com o objetivo de poder aprofundar e acessar os aspectos fundamentais para o estudo em questão. Permite compreender as práticas e os discursos como ações humanas objetivadas, resultantes de interações sociais, visto que as particularidades do meio revelam aos sujeitos traços peculiares que são desvelados a partir dos significados que ele estabelece<sup>(47-48)</sup>.

A pesquisa exploratória preenche as lacunas que costumam emergir em um estudo, fornecendo informações que ampliam a familiaridade sobre o assunto e dando suporte à construção dos conceitos e hipóteses iniciais. Os estudos descritivos procuram especificar as características e os perfis importantes de pessoas, grupos, comunidades ou qualquer outro fenômeno que se submeta à análise. Medem, avaliam ou coletam dados sobre diversos aspectos, dimensões ou componentes do fenômeno a ser pesquisado e correlacionam fatos ou fenômenos (variáveis) sem manipulá-los<sup>(48-49)</sup>.

## 4.2 CENÁRIO DA PESQUISA

A pesquisa foi realizada com os preceptores da Escola Superior de Ciências da Saúde da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (ESCS/SES/DF). Essa instituição de ensino adota metodologias problematizadoras como base para o desenvolvimento de seu projeto político-pedagógico, que têm como eixo principal da construção do conhecimento o trabalho em pequenos grupos, a aprendizagem autodirigida e o exercício da trajetória dialética da ação-reflexão-ação.

A construção desses espaços de ensinar e aprender é de natureza coletiva e participativa e exige relações horizontais, entre os atores (preceptores, tutores, gestores, estudantes, equipe de saúde, usuários e comunidade), que privilegiem a reflexão e remetam a ações de humanização e integralidade do cuidado<sup>(9)</sup>.

A ESCS tem por finalidade ministrar, desenvolver e aperfeiçoar o ensino-aprendizagem das Ciências da Saúde mediante a promoção de cursos de graduação, atualmente medicina e enfermagem; pós-graduação e extensão; e apoio às atividades de pesquisa na área da saúde no âmbito da SES/DF. Visa à promoção do bem-estar físico, mental e social do indivíduo e da comunidade como exigência da cidadania<sup>(9)</sup>.

Na pós-graduação, a ESCS oferece programas de Residência, distribuídos nas áreas Médica, de Enfermagem, Nutrição, Odontologia, Fisioterapia e Psicologia. O ensino em saúde deverá priorizar as residências médicas e as residências multiprofissionais em redes de atenção à saúde, em detrimento das residências hospitalares, e deverá priorizar a coordenação pelas Comissão de Residência Médica (COREME) e Comissão de Residência Multiprofissional (COREMU) da FEPECS<sup>(9)</sup>.

A Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde atua no sentido de ampliar a integração ensino, pesquisa e serviços de saúde, de modo a contribuir para a consolidação do Sistema de Saúde-Escola no Distrito Federal, para avançar no fortalecimento do SUS. O modelo pedagógico dos cursos da ESCS fundamenta-se nos princípios do construtivismo, priorizando as metodologias ativas como elemento central do processo de ensino-aprendizagem. Além disso, o projeto pedagógico dos cursos preserva e potencializa o currículo integrado aos serviços de saúde, por meio da relação ensino-serviço-comunidade<sup>(9)</sup>.

O cenário para a prática assistencial dos programas de residência inclui sete hospitais e uma Casa de Parto da Secretaria de Saúde do Distrito Federal.

**Tabela 2 – Cenários Práticos do Programa de Residência em Obstetrícia, 2020.**

Cenários para residência obstétrica médica e de enfermagem Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal				
	Preceptores Enfermagem		Preceptores Médicos	
	Nº	%	Nº	%
HMIB	4	26,66	11	17,18
HRAN	2	13,33	10	15,62
HRC	1	6,66	10	15,62
HRG	2	13,33	9	14,0
HRPa	2	13,33	6	9,3
HRS	0	0	5	7,8
HRT	0	0	13	20,3
Casa de Parto	4	26,66	0	0
<b>Total</b>	<b>15</b>	<b>100%</b>	<b>64</b>	<b>100%</b>

A tabela 2 representa o total de preceptores dos cursos de residência existentes por Cenário Prático. A Rede Cegonha<sup>(29)</sup> foi uma das estratégias do Governo Federal que mais colaborou para o aumento do número de cursos de residência em Enfermagem Obstétrica na SES/DF, no entanto, o quantitativo de preceptores de enfermagem ainda é escasso nos programas, ratificado nas falas dos respondentes quando colocam como dificuldade a falta de preceptores de enfermagem em todos os plantões.

A residência em enfermagem obstétrica funciona em Rede, os residentes passam em vários campos (hospitais, UBS's e na Casa de Parto de São Sebastião). O cenário prático da residência divide-se em dois polos: 1) HRG e HRC; 2) HMIB, HRAN E HRL. Há um Coordenador geral da Residência e um tutor para cada polo.

Já para a residência médica, o candidato concorre a uma vaga específica para determinada Região de Saúde. O número de preceptores efetivos para ambos os programas deverá ser de dois preceptores para cada três residentes, devendo a designação dos preceptores respeitar rigorosamente a ordem de classificação no processo seletivo interno de preceptoria efetiva da SES-DF.

**Tabela 3 – Recursos que favorecem a utilização das Boas Práticas por Cenário - Residência em Obstetrícia, 2020.**

<b>CENÁRIO/ AMBIÊNCIA</b>	<b>HMIB</b>	<b>HRAN</b>	<b>HRC</b>	<b>HRG</b>	<b>HRPa</b>	<b>HRS</b>	<b>HRT</b>	<b>CASA PARTO</b>
Espaço para Deambulação	x					x		x
Banqueta de Parto	x	x	x	x	x	x	x	x
Bola	x	x	x	x	x	x	x	x
Cavalinho	x	x	x	x	x	x	x	x
Chuveiro com Água morna	x	x	x	x	x	x	x	x
Leitos PPP	x	x	x	x	x	x	x	x

Com relação a ambiência dos Cenários Práticos onde se desenvolvem os programas de residência, apenas o HMIB, o HRS e a Casa de parto de São Sebastião apresentam estrutura física planejada para a deambulação da paciente no manejo do trabalho de parto. Os demais, apesar da ausência de ambiente adequado, viabilizam para que essa prática possa ser garantida, mesmo que seja no espaço físico dos corredores da Unidade.

Os leitos PPP's estão presentes na ambiência de todos os cenários, colaborando para que a parturiente possa receber o acompanhante da sua escolha, seja do sexo masculino ou feminino, bem como garantir sua privacidade durante todo o processo de TP e parto. A existência de leitos PPP's nos cenários obstétricos além de oportunizar a presença do acompanhante, possibilita que a parturiente assuma posições verticalizadas no TP e parto.

Dessa forma, tecnologias leves de cuidado são oferecidas por meio dos métodos não farmacológicos de alívio da dor. À parturiente é oferecido a bola, o cavalinho, o banho morno de aspersão, a massagem e a banqueta de parto como alternativa de posições verticalizadas para o nascimento. Mas, cada mulher, dependendo da sua cultura e das orientações que recebeu no pré-natal tem o livre-arbítrio para escolher, de forma singular, segura e tranquila àquelas que trazem mais conforto e bem-estar durante o processo do parto e nascimento.

### 4.3 PARTICIPANTES

Os participantes deste estudo foram médicos obstetras e enfermeiras obstetras, preceptores do Curso de Residência da ESCS/SES/DF, que concordaram em participar voluntariamente .

Foram definidos como critérios de inclusão dos participantes: sua inserção atual como preceptor(a) dos cursos de residência médica ou de enfermagem obstétrica da ESCS e a concordância em participar da pesquisa.

A seleção dos médicos teve início com um levantamento dos preceptores do curso de Residência Obstétrica perante as COREME's da SES/DF. Com relação aos enfermeiros, o levantamento foi feito perante a Presidente da ABENFO DF, que também é preceptora do curso de residência de enfermagem na SES/DF. Após essa etapa, foi realizado contato por telefone (via WhatsApp) com os profissionais. Nesse momento foi realizada uma breve explicação da pesquisa e o convite para a participação.

Os encontros para realização das entrevistas foram agendados conforme a disponibilidade do profissional e ocorreram em seus locais de trabalho, em data e horário definidos pelo preceptor. A amostra foi não probabilística com critérios de conveniência<sup>(50)</sup>. Utilizou-se, como parâmetro da saturação amostral, o esgotamento de novos assuntos no discurso dos respondentes<sup>(47)</sup>.

As entrevistas, individuais, com duração média de trinta minutos, permitiram que os profissionais falassem espontaneamente e sem restrições ou preconceitos sobre sua experiência na formação. As perguntas incluíram questões abertas, baseadas no referencial teórico e no escopo do estudo.

### 4.4 TÉCNICA DE COLETA DE DADOS

Para a produção dos dados deste estudo, foi utilizada entrevista semiestruturada, a qual forneceu material empírico que, posteriormente, constituiu o *corpus* para análise da pesquisa. Utilizou-se também um diário de campo, que auxiliou na compreensão de aspectos relacionados à ambiência e utilização de práticas na

condução do parto e nascimento. Devido à relevância das informações recolhidas, esse documento foi estruturado em forma de planilha, para compor estruturalmente a tese (APÊNDICE C).

A entrevista envolve um processo de interação social, no qual, a partir de um roteiro baseado na temática central, consegue-se captar, nas falas dos entrevistados, suas condições estruturais de valores, normas e símbolos. Nesse sentido, a fala funciona como um instrumento capaz de transmitir as representações de grupos em determinadas condições históricas, econômicas, sociais e culturais<sup>(46)</sup>.

O roteiro da entrevista, elaborado com perguntas abertas, abordou as seguintes temáticas: o ensino das boas práticas no curso de residência, normas escritas utilizadas na assistência ao parto, e o processo de educação permanente dos preceptores em relação a busca e atualização das evidências científicas na prática clínica obstétrica, além dos dados de identificação do participante (APÊNDICE B).

Antes de iniciar a coleta de dados, foi realizada entrevista-piloto para verificar se o instrumento contemplava as informações necessárias à pesquisa ou se necessitava de ajustes. A coleta de dados foi realizada entre março e junho de 2018. As entrevistas foram registradas em gravador de áudio e foram posteriormente transcritas, revisadas, organizadas e armazenadas em banco de dados. Esses arquivos foram então transferidos para o computador portátil da pesquisadora principal, cujo acesso está restrito por uma senha intransferível. Antes do início da entrevista, os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (APÊNDICE A).

#### 4.5 ANÁLISE DOS DADOS

A opção metodológica-analítica, utilizada para a interpretação dos dados produzidos pelas entrevistas, foi a análise de conteúdo de Laurence Bardin<sup>(51)</sup>. A análise do conteúdo é um conjunto de instrumentos de cunho metodológico, em constante aperfeiçoamento, que se aplica a discursos (conteúdos e continentes) extremamente diversificados. A função primordial da análise do conteúdo é o desvendar crítico.

Para a análise dos dados deste estudo, foram realizadas leituras consecutivas das verbalizações, com recortes do conteúdo do texto e estruturação das informações colhidas. As transcrições foram feitas logo após o término das entrevistas, com o objetivo de captar os elementos importantes, inclusive não verbais, percebidos pelo pesquisador durante a entrevista e que pudessem auxiliar no processo de análise.

Foi efetuada a anonimização dos respondentes, ocultando-se toda e qualquer referência que pudesse favorecer a identificação do entrevistado<sup>(52)</sup>. Todos os participantes foram referenciados pela categoria profissional (M=médico e E=enfermeiro), seguido de número cardinal (E1 ou M1 e assim sucessivamente).

A análise de conteúdo, segundo Bardin<sup>(51)</sup>, “visa o conhecimento de variáveis de ordem psicológica, sociológica, histórica etc., por meio de um mecanismo de dedução com base em indicadores reconstruídos a partir de uma amostra de mensagens particulares”. A intenção é a inferência de conhecimentos, recorrendo aos indicadores, podendo esses ser quantitativos ou não.

A análise de conteúdo foi desenvolvida em três etapas: 1) a pré-análise, que consistiu na leitura prévia e organização dos depoimentos; 2) a exploração do material, que compreendeu a releitura e o agrupamento do texto em categorias pré-estabelecidas; e 3) o tratamento e a interpretação dos dados, que permitiu a realização de inferências sobre os conteúdos obtidos nas entrevistas<sup>(46,51)</sup>.

#### **4.5.1 A pré-análise**

A análise das entrevistas gravadas observou os seguintes passos: escuta repetida das entrevistas, de modo a entrar em contato exaustivo com o material; desmembramento das entrevistas e agrupamento de respostas de acordo com os tópicos e questões abordadas. Foi nessa etapa que se fez a leitura flutuante e começam a surgir as primeiras hipóteses do processo de análise de conteúdo, que podem facilitar a descoberta de caminhos que ajudem no processo de investigação do conteúdo. As hipóteses não são obrigatórias – principalmente nos casos que privilegiam os procedimentos exploratórios na Análise de Conteúdo, como preconiza Bardin<sup>(51)</sup>. As hipóteses, mesmo não explicitadas formalmente, podem surgir no processo de pesquisa como suposições, ou ficam implícitas, em função do problema de pesquisa, objetivos e/ou questões da pesquisa que nortearão a escolha dos índices, indicadores e categorias.

O índice pode ser a menção explícita de um tema numa mensagem. Caso parta do princípio de que esse tema possua tanto mais importância para o locutor quanto mais frequentemente é repetido (caso da análise sistemática quantitativa), o indicador correspondente será a frequência. Escolhidos os índices, procede-se à criação de indicadores precisos e seguros<sup>(51)</sup>.

No caso dos índices qualitativos, esses podem ser o conteúdo das falas concordantes entre os entrevistados, os silêncios (aquilo que não é abordado), entre outros, que serão identificados por indicadores. Desde a fase da pré-análise já se inicia a visualização, o destaque e os “recortes” de textos nas unidades mais básicas de categorização, que são os indicadores.

#### **4.5.2 A codificação**

Antes de iniciar a codificação, procedeu-se à escolha da unidade de registro e da unidade de contexto. A unidade de registro “é a unidade de significação codificada e corresponde ao segmento considerado unidade base”<sup>(51)</sup>. Pode ser a palavra, o tema, a frase, a depender da especificidade do objeto de pesquisa e das necessidades do pesquisador.

A unidade de contexto está relacionada com a unidade de significação, ou seja, a perspectiva (ou as perspectivas) pela(s) qual(is) se vai analisar a unidade de registro. Esse é um elemento importante, principalmente quando a análise de conteúdo envolver grande quantidade de dados e o processo de codificação precisa ser realizado por diversas pessoas, como Bardin adverte, para que todos os codificadores sigam o mesmo contexto, escopo e abrangência de compreensão da unidade de registro.

Também é nesse momento que se podem determinar as regras de enumeração, envolvendo a relação entre as unidades de registro, que podem ser: contagem, intensidade, presença (ou ausência) de conteúdos no material analisado, frequência com que ocorre, entre outras. Esse aspecto tem um caráter mais quantitativo, mas são elementos que podem auxiliar nos processos de inferência na Análise de Conteúdo Qualitativa.

É na codificação que serão utilizados os indicadores pensados na fase de pré-análise, observando os quesitos de exaustividade, em que se recomenda que toda unidade de registro deve ser analisada e devidamente classificada. Quando se faz o

uso de softwares de apoio à Análise de Dados Qualitativa, a codificação é a ação de atribuição de índices (conteúdos) – conforme a unidade de registro escolhida – aos indicadores. Os indicadores, dependendo do *software*, podem ter nomes variados: código, Nó etc.

### 4.5.3 A categorização

Com os dados codificados, procede-se à categorização. Categorizar é organizar um conjunto de “coisas” em categorias, subcategorias e assim sucessivamente, observando, a partir de um determinado critério, o que cada coisa tem em comum. Os procedimentos de categorização podem ser: a) fechados, quando a escolha das categorias de análise acontece *a priori*, a partir de um quadro operacional fixo que foi montado utilizando como referencial outros estudos, outras pesquisas, taxonomias de estudos equivalentes já utilizados etc.; b) procedimentos de exploração que permitem encontrar ligações entre as diversas variáveis, podendo as categorias serem montadas com base na pesquisa realizada; c) híbridos<sup>(53)</sup>, podendo utilizar-se um quadro de referência *a priori* e deixar que esse seja aprimorado, definido e redefinido durante os procedimentos de exploração.

Nos procedimentos fechados, o processo de categorização é considerado dedutivo, pois parte de uma premissa existente (categorias preexistentes) que vai se aplicar à nova análise. Isso é muito utilizado em processos de pesquisa quantitativa. Nos procedimentos de exploração, o processo geralmente é indutivo, partindo das categorias que vão surgindo e sendo reorganizados durante a análise de conteúdo<sup>(54)</sup>.

“A categorização tem como primeiro objetivo [...] fornecer, por condensação, uma representação dos dados brutos. Na análise quantitativa, as inferências finais são, no entanto, efetuadas a partir do material reconstruído”<sup>(51)</sup>. Na análise qualitativa, as categorias também conduzem ao processo de inferência, de condensação, de resumo e de síntese dos assuntos frutos da análise de conteúdo.

A inferência ou interpretação é o momento em que o pesquisador se debruça sobre os dados, fazendo-os expressar os elementos necessários para a elucidação de seu objeto de estudo e de suas hipóteses. Essa etapa exige criatividade, retorno aos dados múltiplas vezes e análise das suposições inicialmente propostas para testar a validade ou não. É aqui que se alcançam efetivamente os objetivos propostos pela Análise de Conteúdo. Apesar de ser uma etapa, evidentemente, crucial da análise,

nesse momento o método já não é de grande utilidade senão naquilo para o qual ele já pôde colaborar, se as fases anteriores foram bem realizadas<sup>(53)</sup>.

#### 4.5.4 NVivo - Software de Análise Qualitativa de Dados

O processo de Análise de Conteúdo foi realizado utilizando o *software* NVivo® 13, de apoio à Análise de Dados Qualitativos (*Qualitative Data Analysis*). Esse *software* tem evoluído no sentido de apoiar o investigador desde as fases iniciais do projeto de investigação. Após a criação das primeiras informações, procedeu-se à exploração do material com a realização das leituras exaustivas das transcrições, buscando-se a síntese das ideias centrais que permitiu a identificação das “unidades de registro” e gerar os núcleos de sentido, os chamados “Nós” (categorias, como são chamados no NVivo®).

Para a estruturação das temáticas de análise, buscou-se criar nomes representativos com apoio no objetivo da pesquisa, na questão norteadora e na fundamentação teórica. Essa etapa foi realizada com o objetivo de examinar minuciosamente o que foi narrado e elucidar o contexto no todo, identificando as verbalizações e a área temática. Com os dados codificados e organizados em temas, foi iniciada a última etapa da análise, a interpretação dos resultados.

Assim, foram formados cinco temas de análise referentes às narrações de médicos e enfermeiras(os), seguidos de seus agrupamentos:

- 1) Abordagem das boas práticas de atenção ao parto normal: organizado pelo agrupamento das categorias *alinhamento entre teoria e prática*, identificado pelas subcategorias *conteúdo programático* e *momento teórico e prático*; *práticas demonstrativamente úteis*, identificado pelas subcategorias *métodos não farmacológicos de alívio da dor*, presença de acompanhante, e a tríade: *contato pele a pele/clampeamento tardio do cordão/amamentação na primeira hora de vida*, *liberdade de posição e movimento*, *apoio* (APÊNDICES D e E).
- 2) Práticas desnecessárias que permanecem na atenção ao parto normal: organizado pelo agrupamento das categorias *práticas claramente prejudiciais*, identificado pelas subcategorias, *enema* e *tricotomia*, *infusão intravenosa de rotina no TP*, *administração de ocitócitos*, *litotomia*, *esforços de puxos prolongados e dirigidos*; *práticas sem evidências que devem ser utilizadas com cautela*, identificado pelas subcategorias *amniotomia precoce* e *manobras de*

- Kristeller, práticas utilizadas de modo inadequado*, identificado pelas subcategorias *restrição de líquidos durante o trabalho de parto, episiotomia, exames vaginais repetidos por mais de um prestador de serviço* (APÊNDICES F e G).
- 3) Normas e rotinas na assistência ao parto normal: organizado pelo agrupamento das categorias *falta de uma norma escrita*, identificado pela subcategoria *lacuna*; *protocolo da unidade*, identificado pelas subcategorias *normas escritas*; *normas do Ministério da Saúde*, identificado pela subcategoria *manuals do Ministério da Saúde* (APÊNDICES H e I).
  - 4) Processos de trabalho no cenário da residência obstétrica: organizado pelo agrupamento da categoria *definição de processos de trabalho*, identificado pelas subcategorias *baixo risco, acompanhado pela Enfermeira Obstetra, e não está sistematizado* (APÊNDICES J e K).
  - 5) Os preceptores na busca pela atualização das evidências científicas: organizado pelo agrupamento da categoria *busca e atualização das evidências científicas para o ensino das Boas Práticas Clínicas*, identificado pelas subcategorias *iniciativa própria, lacuna, alinhamento de condutas* (APÊNDICES L e M).

Com os dados codificados e organizados em temas, foi iniciado o tratamento dos resultados. Nessa etapa, por meio da interpretação, buscou-se relacionar os dados organizados com a fundamentação teórica, sendo nesse primeiro momento a descrição dos resultados. O *software NVivo®* não executa qualquer tipo de análise nesse sentido; apenas reúne as categorias de modo rápido, facilitando a tarefa de comparação dos dados.

#### 4.6 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Este estudo seguiu as determinações da Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde, que dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal – CEP/SES/DF sob o Parecer Nº 2.166.900 de 10 de julho de 2017.

Aos participantes foi esclarecido o objetivo da pesquisa, a garantia de confidencialidade sobre a origem dos dados, sigilo durante o processo de realização do estudo e a liberdade de não aceitar participar ou responder qualquer pergunta que pudesse causar constrangimento. Antes da entrevista, os sujeitos firmaram o seu consentimento em participar da pesquisa por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A), ficando uma cópia com o profissional respondente e outra com o pesquisador. O material obtido foi arquivado e será destruído após cinco anos.

## 5 RESULTADOS

*É fundamental diminuir a distância entre o que se diz e o que se faz, de tal forma que, num dado momento, a tua fala seja a tua prática.*

Paulo Freire

### 5.1 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES

Dentre os participantes (n=35), 40% são enfermeiros e 60%, médicos. Com relação ao sexo, 74,28% são do sexo feminino e 25,72% do sexo masculino. A média de idade foi de 45 anos, sendo a média do tempo de formado de 20 anos e do tempo de atuação na preceptoria, 8 anos.

**Tabela 4 – Características dos entrevistados (sexo, idade, tempo de formação e tempo de preceptoria). Brasília, 2020.**

	Características	Médicos (n=21)	%	Enfermeiros (n=14)	%	Total (n=35)	%
<b>Sexo</b>	Masculino	8	38%	1	7%	9	25,7%
	Feminino	13	62%	13	93%	26	74,3%
<b>Idade</b>	Menos de 30 anos	0	0%	2	14,3%	2	5,7%
	30 a 45 anos	8	38,0%	10	71,4%	18	51,4%
	Mais de 45 anos	13	61,9%	2	14,3%	15	42,8%
<b>Tempo de Formação</b>	Menos de 10 anos	1	4,7%	2	14,3%	3	8,5%
	10 a 30 anos	18	85,7%	12	85,7%	30	85,7%
	Acima de 30 anos	2	9,5%	0	0%	2	5,7%
<b>Tempo de Preceptoria</b>	Menos de 3 anos	1	4,7%	4	28,5%	5	14,2%
	3 a 10 anos	12	57,1%	9	64,2%	21	60%
	Acima de 10 anos	7	33,3%	2	14,3%	9	25,7%

## 5.2 ANÁLISE INTERPRETATIVA POR ÁREA TEMÁTICA

A partir dos relatos dos entrevistados, foram codificadas cinco temáticas e doze categorias que permitiram fundamentar as interpretações feitas na discussão e interpretá-las de acordo com a produção científica nacional e internacional, bem como com as políticas públicas referentes ao tema pesquisado.

**Quadro 1 – Temáticas, categorias e comentários de apoio dos participantes. Brasília, 2020.**

<b>Temáticas</b>	<b>Categorias</b>	<b>Comentários de apoio</b>
Abordagem das boas práticas de atenção ao parto normal	Alinhamento entre teoria e prática	“Então, na verdade o que a gente busca é um alinhamento, né, entre o conteúdo teórico e a prática”. (E8)
	Práticas demonstrativamente úteis	“[...] As boas práticas são abordadas nas aulas teóricas e nas aulas práticas”. (M11)
Práticas desnecessárias que permanecem na atenção ao parto normal.	Práticas claramente prejudiciais	“Enema e tricotomia a gente não faz mais isso, não consigo nem pensar algum lugar que ainda faça isso, vai que tem, não duvido que tenha não”. (E3)
	Práticas sem evidências que devem ser utilizadas com cautela	“Hoje não tem mais essa coisa da indução de rotina [...]”. (E7) “A manobra de Kristeller, é raro mas ainda acontece”. (E11)
	Práticas utilizadas de modo inadequado	“Na residência de enfermagem nós abolimos a episiotomia, não é feito”. (E2) “O toque por mais de um profissional é realizado porque a gente precisa ensinar, não é? [...] então sempre a avaliação é dupla do médico avaliador e do aprendiz”. (M10)
Normas e rotinas na assistência ao parto normal.	Falta de uma norma escrita	“Não, normas escritas não conheço”. (E11)
	Uso do protocolo da Unidade	“Existe um protocolo de obstetrícia que foi feito pelos preceptores anteriores”. (M8)
	Uso das normas do Ministério da Saúde	“Aqui nós adotamos os Manuais do Ministério da Saúde”. (M11)
Processos de trabalho no cenário da Residência	Baixo risco atendido pela Enfermagem Obstétrica	“[...] os médicos já têm consciência da divisão, se é baixo risco, eles sabem que é da enfermagem, a prioridade é da enfermagem, se é alto risco...[...]”. (E1)
	Não está sistematizado	“[...] de certa forma é tudo de todo mundo, entende. Então, não tem assim, só aquela paciente que eu vou avaliar e só eu vou conduzir, entende, mesmo se aquela paciente seja de risco habitual”. (E11) “Eu acho que isso ainda é uma coisa não resolvida eu me preocupo muito com a suficiência de experiência para todos”. (M3)
Busca e atualização das evidências científicas para o ensino das Boas Práticas Clínicas	Iniciativa própria	“A iniciativa é nossa, geralmente a gente procura sempre estar presente nos congressos, nos eventos, né...[...]”. (E1)
	Lacunas no processo de formação	“Nós não temos aqui no serviço reunião de atualização dos preceptores, eu também acho que é uma falha. Mas assim, o grupo é heterogêneo e nem todos acham necessário isso daí”. (M4)

O Quadro 1 apresenta as temáticas, categorias e subcategorias identificadas nas falas dos respondentes. O quadro traz ainda comentários de apoio referentes aos Temas que emergiram nas entrevistas.

### 5.2.1 Abordagem das boas práticas de atenção ao parto

A partir das verbalizações dos entrevistados, buscou-se identificar como as boas práticas são discutidas no programa de residência, o que é abordado, como é abordado, por quem são utilizadas.

“A gente acaba mostrando na prática como é feito e depois vamos discutindo na teoria o porquê é feito daquela forma (...). Então, é feito assim, na prática e na teoria“. (E10)

“Um dos primeiros módulos do programa teórico da residência médica é de assistência ao parto e, dentro desse módulo, eles têm todos os itens relacionados às boas práticas de assistência ao parto, além disso, durante a atividade prática, a parte teórica é colocada em prática. É visto na teoria e no momento prático“. (M1)

Nessa temática, dentro da categoria *práticas demonstrativamente úteis*, os preceptores foram convidados a elencar quais práticas demonstrativamente úteis, baseadas em evidências científicas são mais utilizadas no serviço.

**Tabela 5 – Principais práticas demonstrativamente úteis citadas pelos respondentes. Brasília, 2020.**

Práticas Demonstrativamente Úteis	Frequência			
	Enfermeiros		Médicos	
	Nº	%	Nº	%
Métodos não farmacológicos de alívio da dor	14	100,0%	13	61,9%
Presença do acompanhante	11	78,5%	16	76,1%
Deambulação	13	92,8%	8	38,0%
Liberdade de posição e movimento	11	78,5%	8	38,0%
Clampeamento oportuno do cordão/contato pele a pele/ amamentação na primeira hora pós-parto	5	35,7%	8	38,0%
Posições alternativas no parto	8	57,1%	4	19,0%
Alimentação e líquidos durante o trabalho de parto	5	35,7%	9	42,8%
Apoio/Suporte	6	42,8%	3	14,3%

Essa tabela representa a quantificação das respostas em ordem de recorrência. Os métodos não farmacológicos de alívio da dor foram os mais citados tanto pelas

enfermeiras como pelos médicos. Eles citaram a massagem, os exercícios respiratórios respiratório, o banho morno relaxante, o uso da bola e do cavalinho como práticas mais comuns utilizadas no manejo do parto.

No trabalho de parto, a massagem tem o potencial de promover alívio da dor, além de proporcionar contato físico com a parturiente, potencializando o efeito de relaxamento, diminuindo o estresse emocional e melhorando o fluxo sanguíneo e a oxigenação dos tecidos.

Os exercícios respiratórios têm a função de reduzir a sensação dolorosa, melhorar os níveis de saturação sanguínea materna de O<sub>2</sub>, proporcionar relaxamento e diminuir a ansiedade. Os exercícios respiratórios podem não ser suficientes na redução da sensação dolorosa durante o primeiro estágio do trabalho de parto, porém são eficazes na redução da ansiedade.

O banho morno de aspensão promove o relaxamento muscular e conforto da parturiente. Este recurso exerce influência positiva sobre a dor. Na bola a parturiente consegue ficar sentada com a coluna bem alinhada, sem desconforto. Ela pode ficar simplesmente parada ou realizando movimentos verticais para cima e para baixo. Isto, além de ajudar na descida do bebê, também alivia a dor.

O “cavalinho” é semelhante a uma cadeira com assento invertido, onde a gestante apóia o tórax e os braços jogando o peso para frente e aliviando as costas. Durante as contrações, a parturiente também pode ficar nessa posição para receber massagem na lombar, com a finalidade de relaxar e aliviar a dor do trabalho de parto.

A presença do acompanhante foi a segunda prática mais citada pelos respondentes. Os leitos PPP's implementados após a reestruturação da ambiência pela Rede Cegonha<sup>(28)</sup>, viabilizou que todos os serviços pudessem receber um acompanhante de escolha da parturiente e, conseqüentemente oferecer o apoio que é proporcionado por este. A presença do acompanhante, segundo os preceptores, traz conforto, calma e segurança à mulher e a família.

A deambulação foi a terceira prática mais citada e já é uma prática consolidada nos serviços pesquisados. Orientada pelos preceptores, a deambulação tem a adesão das mulheres e acompanhantes como um cuidado que traz benefícios à mulher no manejo do trabalho de parto.

Foram citadas também, a liberdade de posição e movimento, clampeamento oportuno do cordão, contato pele-a-pele, amamentação na 1ª hora pós-parto, posições alternativas no parto, utilização de alimentos e líquidos durante o TP e parto



### 5.2.2 Práticas desnecessárias que permanecem na assistência ao parto

A intenção foi verificar quais práticas foram abolidas e quais permanecem na assistência ao parto. Os entrevistados apontaram as seguintes práticas:

“Os puxos dirigidos ainda são muito utilizados pelos médicos e pela enfermagem”. (M9)

“Kristeller é raro ter, porque as pessoas estão olhando com a cara feia quando se faz Kristeller... então as pessoas estão pensando duas vezes antes de fazer o Kristeller, só mesmo em atos de desespero”. (M4)

“É muito difícil, realmente, num cenário de ensino, que não haja uma quantidade maior de toques, porque você está num processo de ensino (...). Então, invariavelmente, num serviço com esse perfil, acaba sendo um número maior de toques do que o previsto em relação às boas práticas”. (M4)



Figura 2 – Nuvem de palavras de todos os entrevistados sobre a temática “Práticas desnecessárias que permanecem na assistência ao parto”.

Fonte: Dos autores, a partir do Software Nvivo.

Na nuvem representada na Figura 2, as palavras com o elevado índice de recorrência foram “depende” e “plantão”, o que reforça as falas dos entrevistados, nas quais determinadas práticas com ou sem evidências (“episiotomia”, “Kristeller”) ainda estão condicionadas à presença de determinados profissionais no cenário do parto. Assim, “depende do plantão” representa uma fotografia e um diagnóstico da ausência

de alinhamento na condução do parto pelos profissionais. Evidencia que cada Staff do plantão conduz o processo como aprendeu na Academia onde foi formado.

### 5.2.3 Normas e rotinas na assistência ao parto normal

Procurou-se identificar a existência, no serviço, de normas escritas direcionadas à assistência ao parto. Evidenciou-se falta de consenso entre os participantes no que se relaciona a essa temática.

“Normas escritas, não!”. (E12)

“Não, a gente não tem um protocolo do serviço”. (M15)

“Infelizmente, a gente não tem um protocolo da unidade”. (M17)

“Está em processo de elaboração, quase pronto. Mas, ainda não existe”. (M19)

“A gente deixa as normas do Ministério da Saúde, que são normas escritas (...) para orientar e nortear os serviços públicos, então a gente não precisa reinventar a roda”. (M5)



Figura 3 – Nuvem de palavras de todos os entrevistados sobre a “Normas e rotinas na assistência ao parto normal”.

Fonte: Dos autores, a partir do Software Nvivo.

Na Figura 3, as palavras com o elevado índice de recorrência foram “protocolo”, “assistencial”, “trabalho”, “escritas”, “processo”, o que reforça as falas dos entrevistados, de que “não tem nada escrito”, “mas está em processo de elaboração”.

#### **5.2.4 Processos de trabalho da residência no cenário de assistência ao parto**

Procurou-se identificar como é gerenciado o cenário do parto com residentes de medicina e de enfermagem. Evidenciou-se que em determinados serviços existem processos de trabalho claros, nos quais a enfermagem acompanha os partos de baixo risco e a medicina, os partos de alto risco. Todavia, existem outros serviços em que esse processo não está sistematizado. Destacou-se que o quantitativo de preceptores da enfermagem ainda é muito baixo em todos os cenários investigados:

“(…) de certa forma, é tudo de todo mundo, entende. Então, não tem assim, só aquela paciente que eu vou avaliar e só eu vou conduzir, entende, mesmo se aquela paciente seja de risco habitual”. (E11)

“Não tem uma separação de pacientes de baixo risco e alto risco até o momento (…) a gente está propondo que os partos de baixo risco fiquem com a enfermagem obstétrica e os outros partos com o pessoal da residência médica e internos, mas ainda não existe essa definição”. (E12)

“Eu acho que isso ainda é uma coisa não resolvida, eu me preocupo muito com a suficiência de experiência para todos”. (M3)

“Não tem como falar em dividir pacientes (…)”. (M9)

“Não tem uma divisão, geralmente a residente de enfermagem ela só fica acompanhando quando tem um preceptor de enfermagem, não é todo plantão também que tem preceptor de enfermagem, dentro do C.O. enfermeira obstétrica não é o tempo todo que tem, então elas só fazem parto e acompanham, geralmente, quando as preceptoras estão”. (M14)



capacitam futuros profissionais para exercerem atividades práticas. Questionados sobre o processo de busca e atualização das evidências científicas para o ensino das BPC na assistência ao parto e nascimento, desvelou-se que essa busca é individual, que ainda não existe nada institucionalizado:

“A iniciativa é nossa, geralmente a gente procura sempre estar presente nos congressos, nos eventos, né...(...)”. (E1)

“Dos preceptores, é iniciativa própria, eu, por exemplo, vivo nos congressos, né. Eu vou pelo menos um ou dois por ano, eu gosto de ir”. (E7)

“ A FEPECS oferta anualmente uma atualização aos preceptores sobre metodologia ativa e práticas educacionais”. (E5)



Figura 5 – Nuvem de palavras de todos os entrevistados sobre a temática “A busca e atualização das evidências científicas para o ensino das Boas Práticas Clínicas na assistência ao parto e nascimento se dá por iniciativa própria do docente formador”.  
Fonte: Dos autores, a partir do Software Nvivo.

Na Figura 5, as palavras com o elevado índice de recorrência foram “preceptores”, “atualização”, “iniciativa”, “própria”, “treinamento”, “programa”,

“residência”, o que reforça as falas dos entrevistados, de que “a iniciativa de atualização dos preceptores do programa de residência é pessoal”.

Apesar das falas dos respondentes sinalizar a necessidade de cursos de aprimoramento para os preceptores, a ESCS/SES/DF ofertou a partir de 2017 um “Curso de Formação de Preceptores” por meio de plataforma on line (moodle) com carga horária de 80 horas (20 presenciais e 60 à distância). Ademais, desde 2013 a SES/DF também oferta curso de Mestrado Profissional com linha de pesquisa na área da Saúde da Mulher para os profissionais que desejam enriquecer os conhecimentos, sendo o curso totalmente gratuito e com liberação de parte da carga horária.

É necessário que o preceptor busque diversas formas de aperfeiçoamento, seja nos cursos da SES, nos congressos e eventos, seja na preparação das aulas teóricas e práticas como eles mesmos colocaram, que ele seja capaz de promover uma aprendizagem significativa, provocando o residente a ser copartícipe do seu processo de aprendizagem. Os respondentes mostraram-se motivados a participar de cursos, eventos/congressos e compartilhar as atualizações com os demais:

“Com relação à formação e o aperfeiçoamento da gente não é uma coisa que é obrigatória, mas eu acho que cada um busca estar atrás, por exemplo, de ir a congressos, mas isso é muito individual, de cada um, mas sempre tem, isso é muito pessoal”. (M6)

“O tempo todo, diariamente, congressos, internet, encontros, educação continuada, universidade, contato com os alunos, com os residentes, com os internos. É uma busca muito individual e pessoal, nem todos têm esse pensamento, mas como eu gosto da minha profissão, eu procuro melhorar sempre”. (M11)

“Não temos educação continuada para preceptores. Nenhuma programação. A busca é individual. Ele tem que buscar”. (M9)

### → Lacunas identificadas no processo de formação de formadores

As lacunas no processo de aprimoramento contínuo dos preceptores é um tema de extrema relevância, que desafia docentes, pesquisadores, gestores e formuladores de políticas educacionais. Surge como ponto a ser discutido nas Instituições de Ensino Superior a tarefa de conciliar, no âmbito de um programa de pós-graduação, como a residência, a tarefa de formar novos profissionais dentro dos aspectos teórico-metodológicos e práticos e, ao mesmo tempo, proporcionar a educação permanente

dos atores formadores. Os preceptores acreditam que cabe à instituição à qual pertencem a tarefa de promover, provocar e realizar essa tarefa:

“Pois é, na verdade, isso aí tem que ser proporcionado pela instituição, não é?”. (M3)

Nas verbalizações, percebe-se o interesse em manter-se atualizado e trazer as evidências para os demais. Afirmam que a busca é muito pessoal e que a instituição em que trabalham não tem participação nisso:

“(…) cada profissional busca se atualizar nos congressos, nos eventos; a Secretaria não tem participação nisso”. (M10)

“A gente não consegue se reunir pra falar de programa, quanto mais de treinamento, né, em termo dos preceptores da Secretaria toda, né”. (E4)

“Eu desconheço. Então, assim, qualquer busca por conhecimento que vem ocorrer até o momento é por meu interesse, por minha iniciativa”. (E11)

A formação profissional em saúde é um processo complexo. Muitos dos preceptores foram formados no modelo da educação bancária, que parte do pressuposto que o aluno nada sabe e o professor é o detentor do poder, criando-se uma relação vertical entre professor e aluno<sup>(55)</sup> e assim, perpetuam esse modelo no processo de formação, com o professor apresentando-se como um ser superior que ensina a ignorantes. É importante reconhecer que as transformações são construídas no cotidiano da prática pedagógica e não simplesmente no papel. A partir desse entendimento, faz-se necessário enfatizar o processo de qualificação dos preceptores, mesmo porque é uma demanda pessoal, segundo colocado por eles:

“A residência não financia nem disponibiliza, muito menos a Secretaria, mas eu busco por que eu sou docente, mas os outros... fica um pouco a desejar nesse sentido”. (E9)

Essas mudanças implicam na formulação e utilização de um conjunto de estratégias para a construção de tecnologias que sejam capazes de responder a essas situações. É indispensável identificar, junto aos gestores do eixo ensino-serviço, a forma de ampliar o leque de sujeitos com capacidade de implementá-la a partir dos movimentos existentes e criar cenários políticos favoráveis à sua implementação, já que tal política de educação permanente com os preceptores ainda não está consolidada, conforme os relatos:

“A SES não oferece nenhum programa de capacitação, de atualização para esses preceptores, tanto que a grande maioria deles, eles sabem a parte

teórica, né, mas os instrumentos que a gente utiliza para ser um preceptor de excelência, realmente eles não sabem, porque não lhe foram ofertadas essas possibilidades de aprendizado”. (M18)

“Nós não temos aqui no serviço reunião de atualização dos preceptores; eu também acho que é uma falha. Mas assim, o grupo é heterogêneo e nem todos acham necessário isso daí”. (M4)

## 6 DISCUSSÃO

*E uma das condições necessárias a pensar certo é não estarmos demasiados certos de nossas certezas.*

*Paulo Freire*

### 6.1 A FORMAÇÃO DOS OBSTETRAS NO PROCESSO DE ENSINO E APRENDIZADO DAS BOAS PRÁTICAS DE ATENÇÃO AO PARTO E NASCIMENTO

A necessidade de mudança na formação profissional com sustentação teórico-prática do cuidado obstétrico no modelo humanizado é uma das estratégias pensadas pela Rede Cegonha<sup>(28)</sup> para a implementação de um modelo de assistência que privilegie o bem-estar da parturiente e do recém-nascido. Além disso, tal modelo busca ser o menos invasivo possível, considerando tanto os processos fisiológicos quanto os psicológicos e o contexto sociocultural.

A Rede Cegonha foi estruturada objetivando superar os elevados níveis de segmentação e fragmentação dos sistemas de atenção à saúde das mulheres e crianças<sup>(28)</sup>. Tem como prioridade a redução da mortalidade materna e infantil, por meio da ampliação e qualificação das ações e serviços de saúde, do combate à violência obstétrica, da oferta das boas práticas e da redução da medicalização e mercantilização do parto<sup>(32)</sup>.

Na temática “Abordagem das boas práticas de atenção ao parto e nascimento nos programas de Residência Médica e de Enfermagem” (seção 5.2.1), verificou-se nas falas dos respondentes que os programas de residência buscam o alinhamento entre teoria e prática desde a sala de aula até os cenários de práticas. Dentre as boas práticas mais comuns na atenção ao parto, citaram os métodos não farmacológicos de alívio da dor, a presença do acompanhante, a deambulação, a liberdade de posição e movimento, a amamentação na primeira hora de vida, o contato pele a pele, o clampeamento oportuno do cordão, entre outras possibilidades.

Os dados na tabela 3, evidenciam que as preceptoras do curso de enfermagem ensinam na prática assistencial as tecnologias leves utilizadas na produção do

cuidado. Os preceptores da medicina, em parte, de forma limitada, mencionaram a utilização das práticas no serviço. Outros, no entanto, afirmaram que a utilização das práticas se dá por iniciativa da enfermagem, conforme relato dos respondentes:

“Elas praticamente não existem, o uso desses instrumentos que você está abordando, os que têm aqui são usados apenas pela enfermagem.” (M10)

“A única coisa ruim da aplicação desses métodos é que acaba ficando muito limitado àquelas pacientes que a enfermagem obstétrica atende.” (E10)

Além dos benefícios de suporte no trabalho de parto e parto para os desfechos perinatais, mulheres com acompanhantes referem ter sofrido menos violência no parto e demonstram mais satisfação com a assistência recebida. A presença da enfermeira obstetra na equipe de atenção ao parto tem impacto positivo na redução das cesarianas e na utilização das boas práticas recomendadas pela OMS e MS <sup>(29)</sup>. Estudos consideram que o sucesso para esse alinhamento depende da habilidade do preceptor, que deve transcender o conhecimento técnico para um atendimento humanizado, seguro, adequado e oportuno<sup>(56-57)</sup>. A literatura científica traz, de forma ampla, muitas evidências que apoiam a importância da boa preceptoria na obstetrícia<sup>(58)</sup>.

Os preceptores da enfermagem obstétrica, participantes do estudo, tiveram uma formação predominantemente humanista, apresentam características que foram forjadas a partir do *habitus* profissional da enfermagem obstétrica, que, como tais, produziram representações acerca do modelo desmedicalizado<sup>(25)</sup>. No entanto, esse ainda não é o *habitus* profissional de todos os preceptores da residência médica, em que predominam rotinas e procedimentos obstétricos que interferem na fisiologia do trabalho de parto, como prescrição generalizada de ocitocina, uso da episiotomia de rotina e adoção da posição litotômica para o parto.

Nessa perspectiva, reforça-se a necessidade de desconstrução do modelo biomédico intervencionista e fomento à formação dos residentes para a compreensão e utilização das boas práticas. A construção coletiva e compartilhada do trabalho pedagógico na formação na modalidade residência, com a participação intensa dos residentes, dos preceptores, dos docentes, dos profissionais do serviço, dos gestores e das parturientes constitui o maior potencial disruptivo desse tipo de formação. No ensino da assistência obstétrica, essa articulação contribui para superar as diferenças entre saberes e papéis exercidos pelos atores das instituições no processo de formação<sup>(4)</sup>.

Verifica-se, nas narrações dos preceptores, que a incorporação das evidências científicas à prática clínica é considerada aspecto fundamental do cuidado na formação do residente. Mas permanecem desafios, conforme relato que se segue:

“Agora, uma nossa grande dificuldade é na prática, porque a gente ainda tem preceptores que têm uma formação antiga e ainda não passou por nenhuma reciclagem, né, então, esse é o nosso maior desafio dentro do programa de residência, é a gente alinhar, né, [...]. Os residentes chegam pra nós e diz, “ah, preceptor tal faz isso o outro não faz”, então, ele mesmo questiona o preceptor, mas o preceptor traz pra gente a dificuldade, né, porque eu acho que houve toda uma formação, ainda com algumas intervenções que não se usa mais e eu acho que é um desafio porque eu acho que é uma desconstrução, né, de toda uma forma de fazer, para fazer algo novo”. (E8).

Todo esse movimento de resgate da humanização e da qualificação da assistência obstétrica esbarra em antigos nós críticos, como a diversidade de formação de recursos humanos para atuação na área da saúde. Esses microespaços do campo da prática assistencial comportam relações sociais bastante tensas e que nem sempre favorecem o desenvolvimento de práticas orientadas pelas tecnologias não invasivas, predominando o saber/poder do médico.

Em uma revisão sistemática de estudos qualitativos<sup>(59)</sup>, identificou-se que as mulheres querem apoio emocional, querem ser informadas e participar da tomada de decisão sobre o nascimento dos seus filhos. O ensino desses aspectos requer a habilidade do preceptor, de forma a possibilitar que ele compreenda quando as intervenções se tornam necessárias porque tem indicações válidas e, sobretudo, que a paciente deve estar ciente da necessidade e dos riscos, por meio do consentimento informado<sup>(60)</sup>.

Na temática “Práticas desnecessárias que permanecem na assistência ao parto” (seção 5.2.2), os preceptores sinalizaram que algumas práticas claramente prejudiciais ainda permanecem, como a litotomia, os esforços de puxos prolongados e dirigidos, os toques vaginais frequentes e por mais de um profissional. Outras práticas, como a episiotomia, hidratação e ocitocina de rotina, manobra de Kristeller, estão cada vez mais raras na cena do parto. Foram abolidos totalmente o enema e a tricotomia.

Toda intervenção realizada em situação de normalidade é desnecessária. Na melhor hipótese, é inútil. Na pior hipótese, é prejudicial para a mãe e o RN, porque aumenta o risco de complicações. Assim, o uso de tais intervenções constitui uma questão de segurança da paciente. Temos um modelo de atenção ao parto que é inseguro. Sabe-se comprovadamente que intervenções desnecessárias, realizadas

sem indicação, prejudicam a progressão natural do trabalho de parto e cursam com iatrogenias<sup>(11)</sup>.

Verifica-se a ansiedade das preceptoras quando relatam situações que podem esperar um pouco mais, no entanto a equipe multiprofissional, por insegurança, escolhe pela intervenção, conforme exemplo do relato que segue:

“Muitas pessoas consideram a dilatação completa, vamos abrir os campos, o parto vai começar, e a gente sabe que para esse parto começar ainda pode levar muito tempo. Aí começa os puxos dirigidos, a equipe começa a ficar insegura e aí a neonatologista acha que está demorando, e aí todo mundo acha que está demorando, aí a mulher fica cansada porque é muito puxo dirigido, e aí esse menino não nasce e acaba que todo mundo sente que alguma coisa tem que ser feita, ao invés de fechar os campos, vamos colocar essa mulher de pé para ela agachar, vamos mudar de posição, alguma coisa a ser feita muitas vezes é a manobra de Kristeller”. (E11).

Os avanços nas tecnologias médicas inegavelmente proporcionaram benefícios significativos em termos de saúde materna e infantil, especialmente em gestações de alto risco e partos prematuros. No entanto, recorrer indiscriminadamente às intervenções desnecessárias sem indicações apoiadas em evidências científicas comprometem a fisiologia do nascimento e contribuem para a ocorrência de iatrogenias<sup>(11)</sup>.

A incorporação de valores de atendimento respeitoso e individualizado e o respeito aos processos fisiológicos são essenciais para a alta qualidade dos cuidados prestados<sup>(61)</sup>. A filosofia e a prática da enfermagem obstétrica, com ênfase em abordagens holísticas centradas na pessoa, são particularmente adequadas às necessidades mutáveis das populações em todo o mundo<sup>(62)</sup>.

As enfermeiras obstetras possuem perfil e competência para a utilização das tecnologias leves na assistência ao processo fisiológico do nascimento porque isso foi construído no processo de formação. Contribuem para a evolução natural, reconhecendo e corrigindo os desvios de normalidade e encaminhando aquelas que demandam assistência especializada. Propõem um cuidado que possibilita um compromisso permanente do profissional, tais como vínculo-responsabilização, levando a maior resolutividade da atenção<sup>(63)</sup>. Dentre as ações priorizadas pela Rede Cegonha<sup>(28)</sup>, relacionadas às boas práticas de atenção ao parto e nascimento, destaca-se a inclusão das enfermeiras obstetras e obstetras na assistência ao trabalho de parto e parto.

Depreende-se dos relatos que a residência em enfermagem obstétrica cumpre a função de promover a incorporação das boas práticas nos saberes e práticas das

residentes, pois o projeto político-pedagógico do curso está totalmente alinhado com as diretrizes nacionais e internacionais de atenção ao parto normal. A residência é, sem dúvida, a mais potente estratégia para provocar mudanças no modelo de atenção. Não somente da enfermagem obstétrica, mas construir os saberes dos novos profissionais médicos e responder pela (des)construção dos velhos saberes que precisam dar lugar a uma forma humanizada e segura de nascimento.

Na temática “Normas e rotinas na assistência ao parto normal” (seção 5.2.3), mais de 50% dos preceptores relataram que desconhecem a existência de normas escritas norteadoras das práticas de atenção ao parto normal. Isso corrobora a indefinição nos processos de trabalho da equipe. Segundo Leal<sup>(29)</sup>, a baixa implantação de protocolos clínicos é relatada mundialmente e pode estar associada às características do próprio protocolo clínico, do profissional de saúde, do paciente, do ambiente externo e à existência de incentivos e mecanismos regulatórios.

Para Koblinsky<sup>(64)</sup>, apesar da diversidade de modelos de prestação de cuidados, o ponto de partida é o mesmo para todos os países: garantir que toda mulher, em qualquer lugar, seja colocada em um ambiente seguro. Cada serviço precisa de normas claras sobre os cuidados que devem ser prestados às mulheres no ciclo gravídico-puerperal. A implantação desses protocolos visa à ampliação do acesso das parturientes às boas práticas assistenciais.

Objetivando qualificar o modo de nascer no Brasil, foi publicada pelo Ministério da Saúde<sup>(32)</sup> a Portaria nº 353, de 14 de fevereiro de 2017, que aprova as Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal. Essas diretrizes devem ser adotadas pelos gestores, os quais assumem a responsabilidade de estruturar a rede assistencial, definir os serviços de referência e estabelecer os fluxos para o atendimento das gestantes em todas as etapas do cuidado. Buscam subsidiar a avaliação sistemática por meio da informação científica disponível em relação às práticas mais comuns na assistência ao parto e ao nascimento.

O modelo de gestão que o Ministério da Saúde propõe é de cuidado centrado no usuário, na construção coletiva do trabalho em equipe (planejam aqueles que executam) e em colegiados que garantam que o poder seja, de fato, compartilhado por meio de análises, decisões e avaliações construídas coletivamente<sup>(65)</sup>. Conforme os profissionais, falta uniformizar, padronizar a assistência na condução do parto, porque tudo pode mudar, de acordo com cada plantão, como se nota na fala seguinte:

“Não, normas escritas não conheço. Eu acho que a Secretaria de Saúde normalmente não tem um protocolo assim específico, atualizado, não sei. Eu acho que para mim, isso é uma das coisas mais complicadas de trabalhar. [...] Então, aqui, eu vejo muito, “depende do médico” (E11).

É preciso considerar que muitos dos preceptores de hoje são fruto do modelo de formação antigo que viveram como alunos-residentes e reproduzem os modelos tecnicistas, biomédicos e hospitalocêntricos, baseados no corporativismo profissional, fugindo à promoção da prática problematizadora que leva o aluno/residente a questionar e refletir sobre os fatos com os quais deparam, levando à formação de uma consciência crítica. E pensar não é somente “raciocinar” ou “calcular” ou “argumentar”, como nos tem sido ensinado, mas é sobretudo dar sentido ao que somos e ao que nos acontece<sup>(66)</sup>.

Na temática “Processos de trabalho da residência no cenário de assistência ao parto” (5.2.4), verificou-se que o processo de trabalho não está claramente organizado e requer atenção na construção e ajustes de fluxos para a formalização desses processos, conforme preocupação na fala do respondente:

“Eu acho que isso ainda é uma coisa não resolvida. Eu me preocupo muito com a suficiência de experiência para todos”. (M3)

A falta de sistematização nos processos de trabalho no campo da vivência profissional de ambos os cursos aqui tratados é uma lacuna identificada e que precisa da sensibilidade dos gestores/preceptores do ensino-serviço para tratar tais gargalos. Isso porque o MS prega a inseparabilidade entre as práticas de cuidado e de gestão, ou seja, a inseparabilidade entre o planejar e o fazer, entre produção de saúde e produção de sujeitos<sup>(65)</sup>.

Como observado por Symon *et al.*,<sup>(61)</sup> ter uma forte gestão e apoio organizacional é fator vital para qualquer organização, mas particularmente para aquelas que estão introduzindo abordagens inovadoras. O apoio organizacional é fundamental para melhorar o processo de formação dos residentes, na medida em que os desafios incluem a extrapolação da aquisição de conhecimentos técnicos e científicos referidos a uma determinada profissão, a redução da fragmentação dos saberes e práticas em saúde e a mudança nos modos instituídos de produzir cuidado em saúde, por meio das ações conjuntas de formação e gestão dos serviços de saúde<sup>(67)</sup>.

## 6.2 O PROCESSO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SERVIÇO PARA OS FORMADORES

Na temática “A busca e atualização das evidências científicas para o ensino das Boas Práticas Clínicas” (seção 5.2.5), verificou-se que ainda não existe formalizado, de forma obrigatória para os servidores, um programa de formação permanente direcionado aos preceptores selecionados para a preceptoria, o que corrobora, de certa forma, a fragilização do processo ensino-aprendizagem. No entendimento de parte dos preceptores, não existe, por parte da instituição, uma preocupação com sua formação.

A construção das transformações esperadas, no caso a postura dos profissionais frente à implementação das boas práticas e a redução das intervenções desnecessárias, implica formulação e utilização de um conjunto de estratégias para reflexão e produção de desconfortos, mobilização e construção de tecnologias para responder às novas situações, pois não há um elemento isolado que, incentivado, dê conta de desencadear as mudanças esperadas<sup>(68)</sup>.

Embora os relatos evidenciem que existe uma busca pelo alinhamento entre teoria e prática, sabe-se que a mudança de comportamento profissional é um processo complexo. Não é fácil encorajar os profissionais de saúde a mudar as intervenções de rotina de acordo com a prática baseada em evidências<sup>(15)</sup>. No entanto, considerando que a mudança no modelo de atenção ao parto pode se dar por meio da formação adequada de novos profissionais, forjados na *expertise* das boas práticas obstétricas, é fundamental refletir sobre as perspectivas de formação que transcendam as abordagens de natureza técnico-pedagógica, pois o processo educativo é essencialmente social, relacional, comunicativo e político<sup>(16)</sup>.

Estudo realizado com docentes do curso de medicina de uma universidade pública do Ceará<sup>(69)</sup> revelou a inexistência de uma política de educação permanente para os docentes da referida instituição, repercutindo negativamente no processo formativo. Os docentes sinalizam que, para qualificar a formação médica, inexoravelmente, é imprescindível que os conteúdos teóricos estejam atrelados ao contexto social e tecnológico vigente e pautados nas metodologias ativas de aprendizagem. Professor e aluno são sujeitos do processo educativo; ambos crescem

juntos nessa perspectiva. Quanto maiores e mais ricas as experiências vivenciadas, melhores serão as análises entre teoria e prática<sup>(70)</sup>.

Segundo Merhy<sup>(71)</sup>, há treinamentos que são necessários para a aquisição de certas técnicas de trabalho e podem ser supridos sem muita dificuldade. Esse autor afirma que a educação em saúde e o trabalho em saúde caminham literalmente imbricados, um produz o outro, tanto para a construção da competência do trabalhador quanto para a expressão de seu lugar enquanto sujeito produtor de cuidado. Para Feuerwerker<sup>(68)</sup>, uma prática potencializa a outra; uma não acontece sem a outra. Por isso, não é possível pensar em mudanças na formação sem a produção concomitante de muitos processos de ação nos territórios e nas unidades construídas de modo compartilhado.

Em conformidade com o pensamento de Freire<sup>(72)</sup>, verifica-se que os formadores apresentam possibilidades e limites, enquanto seres históricos e inacabados que sofrem condicionamentos provocados pelo contexto sociocultural e econômico ao qual pertencem, ao mesmo tempo em que desenvolvem forte potencial para a mudança. É preciso considerar que muitos dos preceptores de hoje são frutos do modelo de formação antigo que viveram como alunos-residentes e reproduzem os modelos tecnocráticos, biomédicos e hospitalocêntrico baseados no corporativismo profissional, fugindo à promoção da prática problematizadora que desperta o aluno/residente a questionar e refletir sobre os fatos com os quais estes se deparam, levando à formação de uma consciência crítica. E pensar não é somente “raciocinar” ou “calcular” ou “argumentar”, como nos tem sido ensinado, mas é sobretudo dar sentido ao que somos e ao que nos acontece<sup>(66)</sup>.

No contexto da formação, os processos de capacitação, como partes integrantes da formação continuada, emergem da demanda por uma atualização contínua e um processo de formação permanente que resulte em profissionais ativos, capazes de grandes mudanças nas atividades pedagógicas e no ensino das Boas Práticas Clínicas. Atualmente, as organizações estão sendo desafiadas a desenvolver programas de capacitação significativos para seus membros. Assim sendo, a capacitação e a educação podem ser consideradas como os principais processos voltados ao crescimento e ao avanço organizacional, proporcionando um fórum de comunicação de novas estratégias, novos valores, novas ferramentas, além de novas e aperfeiçoadas formas de realizar o trabalho a que se propõem<sup>(73)</sup>.

Carvalho *et al.*<sup>(74)</sup> apontaram desafios importantes para a formação de novos obstetras para o cumprimento das boas práticas nas relações entre os profissionais que assistem ao parto e nascimento. A tarefa de se tornar educador de um novo profissional torna compulsória para o preceptor a busca de conhecimentos complementares à sua formação. Portanto, uma das questões primordiais a considerar é como capacitar os educadores para que correspondam às necessidades e demandas sociais da área da saúde, trazendo para o debate o saber/fazer docente e o saber/fazer profissional<sup>(75)</sup>.

Belizan<sup>(76)</sup> identificou barreiras que impedem os profissionais de aderir às práticas baseadas em evidências: barreiras pela dificuldade de acessar as informações atualizadas, barreiras devido à escassez crônica de recursos humanos, que deixa pouco tempo para estudar porque acreditam que as práticas em perinatologia não mudam; não percebem que estão tendo resultados ruins com a prática atual; veem a pressão para mudar a prática como uma imposição; pela falta de diretrizes clínicas explícitas; entre outras.

Sethi *et al.*<sup>(77)</sup> identificaram que se manter atualizado é um dos maiores desafios de se tornar um educador médico. Freire<sup>(72)</sup> propõe a adoção de dez saberes importantes para a docência e indispensáveis ao docente: ensinar não é transferir conhecimento, mas criar as possibilidades para a sua produção ou a sua construção; exige rigorosidade metódica; pesquisa; respeito aos saberes dos educandos; criticidade; estética e ética; corporificação das palavras pelo exemplo; risco, aceitação do novo e rejeição a qualquer forma de discriminação; reflexão crítica sobre a prática; e o reconhecimento e a assunção da identidade cultural.

Segundo Rocha<sup>(78)</sup>, uma vez aceita a ideia que a formação pedagógica para a profissionalização é imprescindível, como proceder para que o corpo docente possa se apropriar desses conhecimentos? Em que momento o preceptor deve ter acesso a essa formação? Quem se responsabilizaria por fornecer esse domínio ao preceptor docente? São questões complexas que precisam de atenção e respostas para a condução segura dos processos no ambiente do ensino em serviço.

Nessa perspectiva, Merhy<sup>(71)</sup> afirma que a educação permanente parte do pressuposto da aprendizagem que promove e produz sentidos e propõe que a transformação das práticas profissionais deve estar baseada na reflexão crítica sobre as práticas de profissionais na rede de serviços. Portanto, os processos de formação de formadores da saúde devem ser estruturados a partir da problematização do

processo de trabalho de cada cenário, de forma que o objetivo, nesse caso, deve ser a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho, tomando como referência as necessidades de saúde das pessoas, da gestão setorial, compreendendo que cada cenário de prática também seja, ao mesmo tempo, um território de formação docente.

Para Skare<sup>(79)</sup>, os atributos de um preceptor bem-sucedido (segundo sua própria ótica) passa pelo exercício da tutoria, ética e humanismo, domínio do conteúdo, capacidade de educação permanente e capacidade didática. Em estudo realizado na Inglaterra<sup>(80)</sup>, foram abordados os desafios da implementação de treinamentos/capacitações para os servidores da saúde e desvelaram-se que muitos dos desafios relatados pelos participantes são aqueles que provavelmente persistirão, a menos que sejam feitos esforços para mudar não apenas a quantidade e o tipo de capacitação, mas também os ambientes em que os trabalhadores de apoio à saúde aprendem.

A educação permanente em serviço pode ser aprimorada por meio de políticas organizacionais que promovam e protejam o treinamento de trabalhadores de apoio à saúde pautadas nas características da consciência crítica de quem forma e de quem é formado. Essas características, de acordo com Freire<sup>(55)</sup> passam pelo anseio de profundidade na análise de problemas; o reconhecimento mutável da realidade; situações autênticas de causalidade; disposição às revisões; livre de preconceitos; autenticidade; aceitação das responsabilidades, investigação; diálogo; e aceitação dos conceitos novos e velhos na medida em que são válidos.

A SES DF ofereceu recentemente por meio de ambiente digital – Plataforma Moodle, curso de capacitação direcionado aos preceptores da residência médica, uni e multiprofissional em saúde da ESCS. Esse curso de formação com duração de 80 horas sendo composto de atividades a serem realizadas em encontros presenciais (20 horas) na própria ESCS e à distância na plataforma virtual (60 horas) com assistência integral dos instrutores.

O Curso de Formação de Preceptores<sup>(81)</sup> foi oferecido pela ESCS a partir de 2017 tendo como propósito a formação de preceptores de Residência, utilizando o princípio norteador do processo de aprendizagem: a solução de problemas reais, em atividades de trabalho em pequenos grupos, com base na premissa fundamental da investigação reflexiva da prática e da atividade autodirigida. Está centrado em um processo educativo orientado para o desenvolvimento de competências, baseado em

metodologias ativas de ensino-aprendizado e orientado em abordagem construtivista e da educação de adultos.

O processo de capacitação foi planejado, segundo o plano de curso, em concepção mais ampla e progressista, caracterizada como algo dinâmico, flexível, instável, divergente, sujeito às mudanças e aos contextos onde se desenvolve as práticas profissionais. O que se procura não é somente desenvolver um caráter eminentemente técnico, mas reunir também processos científicos, sociais e culturais, contextualizados com a prática.

O Curso de Formação de Preceptores foi amplamente divulgado entre os servidores da SES/DF, mas não tem um caráter obrigatório, visa atualizar os conhecimentos dos docentes, preceptores da ESCS e servidores da SES vinculados a projetos educacionais para a docência em saúde, à luz dos referenciais teóricos do campo da Educação.

Para os objetivos específicos do Curso de Formação de Preceptores, cita-se os seguintes: Discutir os referenciais pedagógicos teóricos e metodológicos do processo de ensino-aprendizagem da educação em saúde, incluindo métodos avaliativos, com ênfase em metodologias ativas de ensino-aprendizagem; Estabelecer as diferenças entre o sistema de avaliação com enfoque formativo e o processo de avaliação com ênfase somativa, como instrumento de orientação do processo ensino aprendizagem; Desenvolver habilidades de fornecer feedback imediato do desempenho do estudante após a realização de uma atividade educacional; Desenvolver a necessidade de coerência entre os princípios estabelecidos pelos sistemas de avaliação com o modelo pedagógico adotado; entre outros.

O processo de avaliação do participante se deu por meio de caráter formativo e somativo, referenciada em critérios pré-determinados. O propósito de avaliação está muito além de medir ou julgar os preceptores, mas de propiciar informações que apoiem o processo de construção de saberes nas áreas de competências.

Com vistas a incentivar os profissionais a buscar conhecimentos sobre as boas práticas clínicas, a SES/DF está ofertando anualmente fóruns para discussão e divulgação das boas práticas para os servidores, preceptores, estudantes e todos àqueles que desejam e/ou necessitam de informações sobre o manejo do parto e do trabalho de parto.

No período de 11 a 12 de Junho de 2018, foi realizado o I Fórum de Boas Práticas de Atenção ao Parto e Nascimento do Distrito Federal. Esse fórum trouxe

uma riqueza de conteúdos desenvolvidos por meio de Oficinas Temáticas que abordou os seguintes temas: Práticas integradas de atenção ao parto e nascimento: o que dizem as evidências científicas atuais?; Gestação e parto: garantia de direitos e humanização em saúde; Formação profissional em saúde: integralidade em perspectiva; Tecendo a rede de atenção à saúde da mulher e das crianças nos territórios; Centro de Parto Normal: em busca de melhorias na assistência à gestação, ao parto e ao pós-parto.

O II Fórum de Boas Práticas de Atenção à Gestação, ao Parto e nascimento do Distrito Federal foi realizado de 28 a 29 de Novembro de 2019 e abordou os seguintes temas: Da medicalização do parto ao movimento pela mudança de modelo de atenção obstétrica e neonatal; Histórico da Constituição dos Direitos Sexuais e Reprodutivos; Evidências e eficácia da contracepção hormonal, não hormonal e particularidades do DIU; O papel da atenção primária no cenário do parto e nascimento; Boas Práticas de atenção ao parto e nascimento – 1996 a 2018 – O que mudou?; Panorama sobre Indicadores Perinatais e Mortalidade Materna e Infantil no Distrito Federal; Sepses em Pacientes Obstétricas; ApiceON – avanços e perspectivas de continuidade e multiplicação da estratégia; Segurança da paciente no cenário do parto e nascimento; Desafios atuais e propostas de estratégias de superação na Secretaria de Estado da Saúde do Distrito Federal, entre outros.

Vale destacar que a Escola Superior em Ciências da Saúde conta com o apoio da Escola de Aperfeiçoamento do SUS (EAPSUS) para promoção de cursos de aperfeiçoamento direcionados aos profissionais da SES/DF. A EAPSUS tem como missão propor e desenvolver ações de educação permanente dos profissionais de saúde da SES/DF e demais atores envolvidos com educação em saúde, participação e controle social, com vistas ao fortalecimento do Sistema Único de Saúde do Distrito Federal – SUS/DF, contribuindo para a formação de estudantes das instituições de ensino conveniadas com a SES/DF na perspectiva da integração ensino e serviço.

É consenso que a ênfase na formação de formadores em saúde cursa com desfechos favoráveis no acesso e na qualidade dos sistemas e serviços de saúde. Conforme o Relatório Workforce 2030<sup>(82)</sup>, entre os principais objetivos a serem alcançados, estão o fortalecimento dos sistemas de saúde em todos os níveis de atenção, otimizando a qualidade e o impacto da força de trabalho por meio de políticas baseadas em evidências sobre recursos humanos para a saúde, a fim de enfrentar os desafios atuais e desenvolver soluções regionais estratégicas.

A despeito dos avanços ocorridos na assistência ao parto e nascimento, algumas das consequências desse modelo são as maiores taxas de cesarianas do mundo, altas morbidade e mortalidade materna e neonatal, e uma grande insatisfação das mulheres com a experiência do parto. Pesquisas recentes demonstram que a cesariana de hora marcada, sem trabalho de parto, tem produzido o fenômeno da prematuridade tardia iatrogênica, levando expressiva porcentagem de recém-nascidos à internação em UTI neonatal.

Espera-se que este estudo possa contribuir para a compreensão do processo de formação de enfermeiros e médicos na modalidade *residência obstétrica*, desvelando gargalos nos processos de ensino e aprendizagem. A abordagem qualitativa foi adequada, pois conseguiu aprofundar a percepção dos participantes, que falaram espontaneamente e sem restrições sobre sua experiência e revelaram a urgência em fortalecer o processo de ensino, cuidado e gestão na prática da preceptoria.

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

*O conhecimento emerge apenas através da invenção e da reinvenção, através da inquietante, impaciente, contínua e esperançosa investigação que os seres humanos buscam no mundo, com o mundo e uns com os outros.*

Paulo Freire

A partir deste estudo, pode-se identificar, segundo a ótica dos educadores, como o tema das boas práticas obstétricas é abordado nos programas de residência obstétrica, tanto nos cursos de enfermagem quanto de medicina. As preceptoras do curso de enfermagem implementam na prática assistencial todo o aparato teórico que fundamenta as tecnologias leves utilizadas na produção da saúde. Em contraponto, ainda constitui um desafio a implementação das boas práticas por parte de alguns preceptores do programa da medicina, formados no modelo tecnocrático, centrado no trabalho das tecnologias duras, e que ainda é reproduzido junto aos residentes.

O processo de educação permanente dos preceptores, com relação à busca e atualização das evidências científicas na prática clínica obstétrica, se dá por iniciativa própria. Considerando a importância do preceptor para a mudança do modelo de assistência, faz-se necessário um olhar diferenciado sobre a sua condição de sujeito do processo formativo nos cenários de ensino-serviço.

Como lacunas identificadas, cita-se a falta de alinhamento de condutas, que é um ponto crítico que deve ser considerado e ajustado, pois cursa com embates e disputas dos campos obstétricos. A relação de trabalho dos atores, na qual “tudo é de todo mundo” e “depende do plantão”, evidencia a urgência da instituição de ensino em procurar sanar esse problema junto ao serviço. Normatizar e utilizar os bons protocolos e as boas diretrizes clínicas já publicadas pelo MS é uma opção. A padronização do uso de protocolos corrobora a construção da confiança entre a equipe e a certeza de que todos se guiam pelas mesmas orientações clínicas, independentemente de onde foi formado.

A ausência de sistematização nos processos de trabalho, associada às disputas ideológicas do modelo assistencial, constitui limitação para o desenvolvimento de competências essenciais dos residentes, principalmente da

enfermagem. O ensino da residência requer atenção contínua e direcionada ao fortalecimento dos processos pedagógicos, qualificação dos atores envolvidos na formação e organização dos serviços de atenção ao parto de forma a ampliar o potencial disruptivo dos novos profissionais de saúde.

O que preocupa não é apenas a suficiência de experiência para todos, está para além dessa avaliação. A situação desvelada requer intervenção da alta gestão, que deve ser construída e compartilhada em colegiados de gestão participativa, na qual cada sujeito possa efetivamente colaborar com sugestões para a construção de planos de trabalho coletivos, a serem implementados a curto, médio e longo prazo, de forma a não comprometer nem o aprendizado dos residentes nem os objetivos do curso de formação.

Os cursos de residência em obstetrícia constituem grande força transformadora para a mudança do modelo de atenção ao parto, desde que as políticas e programas do Ministério da Saúde estejam contempladas no projeto político-pedagógico desses cursos, no ensino prático-assistencial, e entranhado ao *habitus* profissional dos saberes construídos e produzidos nas interações subjetivas da equipe de trabalho.

Projetos de formação continuada para o aprimoramento contínuo do preceptor devem ser considerados pela instituição de ensino, de forma que possa atender às questões gerais sobre metodologias ativas e a atualização pautada na implementação das boas práticas e na redução das intervenções desnecessárias. É importante o suporte institucional que permite o crescimento, aperfeiçoamento do profissional, que é concebida na prática, mas têm um universo de ação, de saberes e competências que vão além dos saberes docentes e devem ser pesquisados, sistematizados e desenvolvidos.

Esforços colaborativos entre os atores formadores, profissionais de saúde e a gestão é fundamental para a implementação bem-sucedida do ensino das boas práticas de atenção ao parto normal que são abordadas tanto na teoria quanto na prática clínica. Destaca-se a necessidade de aprimorar a articulação ensino-serviço, de forma que a Instituição de Ensino possa oferecer melhores condições que permitam ao preceptor reformular a sua prática, mediante a construção de novos conceitos que são reelaborados em uma dimensão teórico-metodológica com um suporte adequado.

O alinhamento de condutas na assistência ao parto é um tema importante a ser abordado nas reuniões de colegiado de cada serviço. Os colegiados, criados

inicialmente pela PNH são espaços estratégicos para o fortalecimento da articulação ensino-serviço de forma a propiciar a discussão coletiva com os atores responsáveis e envolvidos nos processos de formação. Dessa forma, cada serviço pode identificar os gargalos e elaborar planos de ação correspondentes às demandas levantadas. A inclusão dos preceptores, residentes, médicos e enfermeiros assistenciais na discussão da gestão dos serviços é fundamental para que eles, no dia a dia, reinventem seus processos de trabalho e sejam agentes ativos e corresponsáveis pelas mudanças em curso.

Essa mudança no cenário do parto e nascimento é fruto de inúmeros processos coletivos que buscam a implementação de políticas públicas bem conduzidas, esforços de gestores locais, mudança de postura dos antigos trabalhadores frente às novas evidências, movimentos organizados de mulheres e, sem dúvida, passa pela formação adequada de novos profissionais forjados na expertise das Boas Práticas Obstétricas.

Espera-se que esse estudo possa proporcionar novos conhecimentos a esta área específica de estudo, no entanto, sugere-se que essa temática possa ser pesquisada futuramente junto a outros atores, incluindo preceptores de outras áreas da saúde, residentes, gestores e usuários dos serviços de saúde.

## GLOSSÁRIO

*Pesquisa para constatar, constatando intervenho, intervindo educo e me educo.*

**Paulo Freire**

<b>Amniotomia precoce</b>	Ruptura artificial da bolsa amniótica efetuada pelo médico obstetra ou enfermeira obstetra. Tem como objetivo acelerar o parto. A amniotomia precoce de rotina era uma intervenção bastante comum nas maternidades brasileiras. O argumento utilizado para a sua realização é que diminuiria a duração do trabalho de parto. Entretanto, a amniotomia precoce pode estar associada a algumas complicações potenciais, tais como o aumento na ocorrência de desacelerações da frequência cardíaca fetal e infecção.
<b>Apoio físico e emocional</b>	Esse apoio envolve aspectos emocionais, medidas de apoio, informação, suporte individualizado. O apoio empático dos prestadores de serviço e acompanhantes, antes e durante o trabalho de parto, pode diminuir a necessidade de analgesia farmacológica e melhorar a experiência do nascimento.
<b>Boas Práticas</b>	São práticas de atenção à saúde baseada em evidências científicas.
<b>Clampeamento tardio</b>	É o modo adequado fisiológico de tratar o cordão. O clampeamento oportuno é uma prática que precisa ser motivada.
<b>Colegiados de gestão</b>	Os colegiados de gestão são espaços periódicos de discussão das equipes de trabalho para planejar, acompanhar, analisar e avaliar os processos de trabalho (modos de produzir saúde), dialogar sobre os conflitos, socializar as informações, pensar e

redefinir fluxos e rotinas do setor, debater sobre infraestrutura e propor investimentos.

<b>Contato pele a pele</b>	Quando o recém-nascido é colocado nu em contato direto com a pele do peito na mãe assim que ele nasce. As evidências demonstram que o contato pele a pele com início precoce da amamentação na primeira hora após o parto favorece uma maior relação mãe e filho e maior duração da amamentação materna.
<b>Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal</b>	Documento que visa orientar as mulheres brasileiras, os profissionais de saúde e os gestores, nos âmbitos público ou privado, sobre importantes questões relacionadas às vias de parto, suas indicações e condutas, baseadas nas melhores evidências científicas disponíveis.
<b>Enema</b>	É um medicamento líquido administrado por via retal e que serve para limpar o intestino. A realização de enemas evacuantes de rotina não melhora nenhum dos desfechos maternos ou neonatais estudados e tampouco a satisfação materna com a assistência. Em relação aos benefícios clínicos e riscos, não existem evidências que seja benéfico, trazendo um potencial de provocar danos.
<b>Episiotomia</b>	É uma incisão efetuada na região do períneo (área muscular entre a vagina e o ânus) para ampliar o canal de parto. É geralmente realizada com anestesia local. Há evidências de alto nível de que o uso rotineiro de episiotomia não apresenta benefícios para as parturientes, quer no curto ou no longo prazo, em comparação com o uso restritivo da episiotomia.
<b>Gestão participativa</b>	Processo de liderança estruturado na confiança entre os profissionais de diferentes níveis hierárquicos, que estimulam as pessoas a participar do processo decisório e cultivam a livre interação dos colaboradores nos objetivos da organização.

<b>Habitus profissional</b>	Também conhecido como capital cultural incorporado, foi desenvolvido pelo sociólogo francês Pierre Bourdieu com o objetivo de pôr fim à antinomia indivíduo/sociedade dentro da sociologia estruturalista. Relaciona-se à capacidade de uma determinada estrutura social ser incorporada pelos agentes por meio de disposições para o seu modo de ser, sentir, pensar, agir.
<b>Iatrogenias</b>	Efeitos e complicações causadas como resultado de medicamentos ou condutas desnecessárias em consequência das ações dos profissionais de saúde (médicos, enfermeiros etc.).
<b>Infusão intravenosa de ocitocina</b>	Administração de ocitocina por via endovenosa. Utilizada para acelerar o trabalho de parto após a ruptura espontânea ou artificial das membranas. A combinação com a amniotomia precoce é frequentemente chamada “manejo ativo do trabalho de parto”.
<b>Intervenções desnecessárias</b>	São condutas desnecessárias que podem sujeitar a mulher a complicações/desfechos negativos.
<b>Liberdade de posição e movimento</b>	Estimular a liberdade para que as mulheres se movimentem ou adotem a posição que lhes for mais confortável no trabalho de parto, não envolve custos adicionais significativos, exceto pela disponibilização, pelos serviços de maternidade, de espaço, utensílios e materiais que facilitem as posições verticais, tais como bolas, cadeiras, cavalinhos, escadas etc.
<b>Litotomia</b>	Posição ginecológica deitada com as pernas elevadas por apoios, durante o trabalho de parto e parto.
<b>Manobra de Kristeller</b>	A manobra de Kristeller consiste na compressão do fundo uterino durante o segundo período do trabalho de parto, objetivando a sua abreviação.
<b>Métodos não farmacológicos de alívio da dor</b>	São tecnologias de cuidado que envolvem conhecimentos estruturados quanto ao desenvolvimento da prática de enfermagem em centro obstétrico. O uso desses métodos

passaram a ser introduzidos em algumas maternidades brasileiras a partir da década de 1990, com o movimento de humanização do nascimento e com as recomendações do Ministério da Saúde (MS) para assistência ao parto.

- Parto Normal** O parto normal é definido pela OMS (1996) como o parto de início espontâneo, de baixo risco desde o início do trabalho de parto, permanecendo assim durante todo o processo, até o expulsivo. O recém-nascido (RN) nasce de forma espontânea, cefálico, com idade gestacional entre 37 e 42 semanas completas, com o binômio em perfeitas condições de saúde após o nascimento.
- Partograma** O partograma é um documento gráfico no qual são feitos os registros do desenvolvimento do trabalho de parto, das condições maternas e fetais e deverá conter as informações indicadas pela Organização Mundial da Saúde – OMS, conforme a Resolução ANS 368/2015. Poderá ser preenchido por médicos ou enfermeiros obstetras.
- Plano de parto** É uma forma de comunicação entre o casal e os profissionais de saúde. Pode ser através de uma simples lista, na qual a mulher deve relacionar tudo o que gostaria ou não gostaria que acontecesse em seu parto. Mais que um documento, é uma forma de contato com os procedimentos normalmente relacionados com o parto e nascimento, atentando para o diálogo prévio com a equipe que irá lhe assistir.
- Posição supina** É uma posição do corpo quando a mulher se deita de face para cima, ou seja decúbito dorsal horizontal.
- Posição verticalizada** São aquelas em que a parturiente fica sentada, em pé ou acocorada.
- Presença de acompanhante** A Lei Federal nº 11.108, de 7 de abril de 2005, mais conhecida como a Lei do Acompanhante, determina que os serviços de saúde do SUS, da rede própria ou conveniada, são obrigados a permitir à gestante o direito à presença de acompanhante durante

todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto. Esse acompanhante é indicado pela gestante, podendo ser o pai do bebê, o parceiro atual, a mãe, um(a) amigo(a), ou outra pessoa de sua escolha.

<b>Projeto político-pedagógico</b>	É a sistematização escrita da proposta formativa.
<b>Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT)</b>	São documentos que visam garantir o melhor cuidado de saúde possível diante do contexto brasileiro e dos recursos disponíveis no Sistema Único de Saúde. Podem ser utilizados como material educativo dirigido a profissionais de saúde, como auxílio administrativo aos gestores, como parâmetro de boas práticas assistenciais e como documento de garantia de direitos aos usuários do SUS.
<b>Puxo dirigido</b>	Prática de estimular a parturiente a fazer força. A abordagem fisiológica é esperar até que a própria mulher sinta a necessidade do puxo.
<b>Tecnologias leves</b>	Referem-se às tecnologias de relações do tipo produção de vínculo, autonomização, acolhimento, gestão como uma forma de governar processos de trabalho.
<b>Tecnologias duras</b>	Refere-se ao uso de equipamentos tecnológicos como máquinas, equipamentos sofisticados, normas e estruturas organizacionais.
<b>Tricotomia</b>	É a raspagem dos pelos pubianos. É um procedimento comum, realizado com o intuito de diminuir os índices de infecção e facilitar a sutura perineal em caso de laceração ou episiotomia. Muitas mulheres não gostam do procedimento e relatam um desconforto durante o período de crescimento dos pelos.

Fonte: Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal (2017); Relatório técnico da OMS – Assistência ao parto normal: um guia prático (1996).

## REFERÊNCIAS

*Mudar é difícil, mas é possível.*

Paulo Freire

1. Moraes BA, Silva Costa NM da. Compreendendo os currículos à luz dos norteadores da formação em saúde no Brasil. Rev Esc Enferm USP. 2016; 50:9-16. [acesso em 15 set. 2019]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbce/v36n2/0101-3289-rbce-36-02-00531.pdf>
2. Meneses JR, Ceccim RB, Martins GC, Meira IFF, Silva VM. Residências em saúde: os movimentos que as sustentam. In: Formação de formadores para residências em saúde: corpo docente-assistencial em experiência viva [recurso eletrônico]. Porto Alegre: Rede UNIDA; 2018. p. 33-48, 2018. [acesso em 15 set. 2019]. Disponível em: <http://historico.redeunida.org.br/editora/biblioteca-digital/serie-vivencias-em-educacao-na-saude/formacao-de-formadores-para-residencias-em-saude-corpo-docente-assistencial-em-experiencia-viva-pdf>
3. Pereira IDF, Lages I. Diretrizes curriculares para a formação de profissionais de saúde: competências ou práxis?. Trabalho, educação e saúde. 2013; 11(2):319-338. [acesso em 15 set. 2019]. <http://dx.doi.org/10.1590/S1981-77462013000200004>
4. Lima GPV, Pereira ALF, Barros GNF, Progianti JM, Araújo CLF, Moura MAV. Expectativas, motivações e percepções das enfermeiras sobre a especialização em enfermagem obstétrica na modalidade residência. Esc. Anna Nery. 2015 dez; 19(4):593-599. [acesso em 15 set. 2019]. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-81452015000400593&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452015000400593&lng=en).
5. Silva RMO, Cordeiro ALAO, Fernandes JD, Silva LS, Teixeira GAS. Contribuição do curso especialização, modalidade de residência para o saber profissional. Acta paul. enferm. 2014 ago; 27(4):362-366. [acesso em 15 set. 2019]. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-21002014000400012&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002014000400012&lng=en).
6. Feijo LP, Fakhouri Filho SA, Nunes MPT, Augusto KL. Residente como professor: uma iniciação à docência. Rev. bras. educ. med. 2019; 43(2):225-230. [acesso em 15 set. 2019]. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-52712015v43n2rb20180053>.
7. BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Portaria Interministerial/MEC/MS n. 1.077 de 12 de novembro de 2009. Dispõe sobre a Residência Multiprofissional em Saúde e a Residência em Área Profissional em Saúde e institui o programa nacional de bolsas para Residências Multiprofissionais e em área Profissional da saúde e a Comissão Nacional da Residência Multiprofissional em Saúde. Brasília: MS; 2009.

8. CNRM – Comissão Nacional de Residência Médica. Resolução n. 02, de 17 de maio de 2006. Dispõe sobre requisitos mínimos dos Programas de Residência Médica e dá outras providências. Brasília: CNRS; 2006.
9. GDF. Secretaria de Estado de Saúde do DF. Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde. Relatório de Atividades 2018. Brasília: GDF; 2018.
10. Ferreira CN, Maroto GS, Deda Costa MRC. Metodologias inovadoras no ensino da anatomia humana como forma de construção do pensamento crítico reflexivo de alunos do Ensino Médio. In: IX Encontro Internacional de Formação de Professores; X Fórum Permanente Internacional de Inovação Educacional, 2016, Aracaju. Anais do IX Encontro Internacional de Formação de Professores; X Fórum Permanente Internacional de Inovação Educacional; 2016. v. 9. p. 1-10.
11. Çalik KY, Karabulutlu Ö, Yavuz C. First do no harm-interventions during labor and maternal satisfaction: a descriptive cross-sectional study. *BMC Pregnancy Childbirth* 2018;18(1): 415. [acesso em 15 set. 2019]. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-52712015v43n2rb20180053>.
12. Portela MC, Reis LGC, Martins M, Rodrigues JLSQ, Lima SML. Cuidado obstétrico: desafios para a melhoria da qualidade. *Cad. Saúde Pública*. 2018; 34(5): e00072818. [acesso em 15 set. 2019]. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2018000500301&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2018000500301&lng=en)
13. United Nations. Sustainable Development Goals. New York: United Nations; 2015.
14. Souza JP. Mortalidade materna e desenvolvimento: a transição obstétrica no Brasil. *Rev Bras Ginecol e Obs*. 2013; 35(12): 533-535. [acesso em 15 set. 2019]. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/SO100-720320150005526>.
15. Iravani M, Janghorbani M, Zarean E, Bahrami M. Barriers to implementing evidence-based intrapartum care: a descriptive exploratory qualitative study. *Iran Red Crescent Med J*. 2016 Feb; 18(2):e21471. [acesso em 15 set. 2019]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4863155/citedby/>
16. Paula L, Mello R. A práxis histórica de Paulo Freire como fundamentação para as pesquisas sobre formação de educadores. *Reflexão e Ação*. 2018 abr 27; 26(1). [acesso em 15 set. 2019]. Disponível em: <https://online.unisc.br/seer/index.php/reflex/article/view/8773>
17. Giovanella L, Escorel S, Lobato, LVC, Noronha JC, Carvalho AI, organizadores. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, Centro Brasileiro de Estudos de Saúde; 2012.
18. Brasil. Ministério da Saúde. Assistência Integral à Saúde da Mulher: bases de ação programática. Centro de Documentação do Ministério da Saúde. Brasília: MS; 1984.
19. 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: MS; 2004.

20. Organização Mundial de Saúde (OMS). Saúde Materna e Neonatal. Unidade Maternidade Segura, Saúde Reprodutiva e da Família. Assistência ao parto normal: guia prático. Genebra (SW): OMS; 1996.
21. Pereira, Ricardo Motta et al. Novas práticas de atenção ao parto e os desafios para a humanização da assistência nas regiões sul e sudeste do Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2018; 23: 3517-3524.
22. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas Públicas de Saúde. Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher. Brasília: MS; 2001.
23. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 569, de 1º de junho de 2000. Dispõe sobre o Programa de Humanização ao Pré-Natal e Nascimento no âmbito do Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da União, Brasília-DF*, 8 jun. 2000, Seção 1:4.
24. Biondi HS, Pinho EC, Kirchhof ALC, Rocha LP, Barlem ELD, Kerber NPC. Cargas de trabalho psíquicas no processo de trabalho de enfermeiros de maternidades e centros obstétricos. *Rev. Gaúcha Enferm*. 2018; 39:e64573. [acesso em 15 set. 2019]. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1983-14472018000100412](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472018000100412) &lng=en
25. Progianti J, Prata J. O processo de aprendizagem das discentes no bloco prático da residência em enfermagem obstétrica [The learning process of students in practical activities of residency in obstetric nursing]. *Rev Enfermagem UERJ*, 25, e27792. [acesso em 15 set. 2019]. Disponível em: <https://doi.org/10.12957/reuerj.2017.27792>
26. Brasil. Ministério da Saúde. HumanizaSUS: política nacional de humanização/ Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Brasília: Ministério da Saúde; 2003.
27. Pasche DF, Passos E, Hennington EA. Cinco anos da política nacional de humanização: trajetória de uma política pública. *Ciênc. saúde coletiva*. 2011; 16(11):4541-4548. [acesso em 15 set. 2019]. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232011001200027&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011001200027&lng=en)
28. 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.
29. Leal MC, Bittencourt SA, Esteves-Pereira AP, Ayres BVS, Silva LBRAA, Thomaz EBAF, et al. Avanços na assistência ao parto no Brasil: resultados preliminares de dois estudos avaliativos. *Cad. Saúde Pública*. 2019; 35(7):e00223018. [acesso em 15 set. 2019]. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2019000905002&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2019000905002&lng=en)
30. Agência Nacional de Saúde Suplementar (Brasil). Cartilha Nova organização do cuidado ao parto e nascimento para melhores resultados de saúde: Projeto Parto Adequado – Fase 1. Agência Nacional de Saúde Suplementar, Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Hospital Albert Einstein, Institute for Healthcare Improvement. Rio de Janeiro: ANS; 2016.

31. Cavalcanti PCS, Gurgel Junior GD, Vasconcelos ALR, Guerrero AVP. A logical model of the rede cegonha network. *Physis: revista de saúde coletiva*. 2013; 23(4):1297-1316. [acesso em 15 set. 2019]. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-73312013000400014&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312013000400014&lng=en).
32. 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. Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2017.
33. Souza C. Políticas públicas: uma revisão da literatura. *Sociologias*, Porto Alegre, 2006; 16:20-45. [acesso em 15 set. 2019]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/soc/n16/a03n16>
34. Brasil. Ministério da Saúde. Aprimoramento e Inovação no Cuidado e Ensino em Obstetrícia e Neonatologia. Secretaria de atenção à saúde. Departamento de ações programáticas e estratégicas. Coordenação Geral de Saúde das Mulheres. Brasília: MS; 2017.
35. Carvalho MS, Merhy EE, Sousa MF. Repensando as políticas de Saúde no Brasil: Educação Permanente em Saúde centrada no encontro e no saber da experiência. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*. 2019; 23:e190211. [acesso em 15 set. 2019]. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832019000100285&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832019000100285&lng=en)
36. CNS – Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 287/1998. Dispõe sobre as profissões da saúde. Brasília: CNS; 1998.
37. Costa ACS, Azevedo CC. A Integração Ensino-Serviço e a Residência Multiprofissional em Saúde: um relato de experiência numa Unidade Básica de Saúde. *Tempus, actas de saúde colet*, Brasília, 2016; 10(4):265-282. [acesso em 15 set. 2019]. Disponível em: <http://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/2013>
38. Ribeiro MAA. Apontamentos sobre residência médica no Brasil. Brasília: Câmara dos Deputados; Consultoria Legislativa; 2011.
39. Costa DAS, Silva RF, Lima VV, Ribeiro ECO. Diretrizes curriculares nacionais das profissões da Saúde 2001-2004: análise à luz das teorias de desenvolvimento curricular. *Interface*. Botucatu, 2018; 22(67):1183-1195. [acesso em 15 set. 2019]. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832018000401183 &lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832018000401183 &lng=en).
40. Pereira, SM. Da submissão ao poder de decisão das mulheres: A residência médica em ginecologia e obstetrícia. (2014). Tese (doutorado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Programa de Pós-Graduação Interdisciplinar em Ciências Humanas, Florianópolis, 2014.
41. CNRM. Comissão Nacional de Residência Médica. Decreto Presidencial nº 80.281, de 5 de setembro de 1977. Institui o Programa de Residência Médica e cria

a Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM), para regulamentar essa modalidade de ensino no país. Brasília; 1977.

42. Brasil. Lei nº 11.129, de 30 de junho de 2005. Institui a Residência em Área Profissional de Saúde e cria a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde CNRMS. Brasília; 2005.

43. Silva LB. Residência Multiprofissional em Saúde no Brasil: alguns aspectos da trajetória histórica. *Revista Katálysis*, 2018; 21(1):200-209.

44. Neves DCA; Favaro TCP; Gonçalves CA. Pós-graduação e Residência Multiprofissional em Saúde HC-UFG: a produção do Serviço Social. *Revista Katálysis*. 2017; 20(2):225-233. [acesso em 15 set. 2019]. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-02592017v20n2p225>

45. Perego MG, Batista NA. Aprendizagens compartilhadas na residência multiprofissional em saúde. *Tempus Actas de Saúde Coletiva*, Brasília, 2016; 10(4):39-51. [acesso em 15 set. 2019]. Disponível em: <http://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/2239/1708>

46. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 14 ed. Hucitec: São Paulo; 2014.

47. Flick U. Qualidade na pesquisa qualitativa. Porto Alegre: Artmed; 2009.

48. Triviños ANS. Introdução à pesquisa em Ciências Sociais: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas; 2012.

49. Sampieri RH, Collado CF, Lucio PB. Metodologia de pesquisa. 3. ed. São Paulo: McGraw-Hill; 2006.

50. Vergara SC. Projetos e relatórios de pesquisa em Administração. São Paulo: Atlas; 2009.

51. Bardin L. Análise de Conteúdo. São Paulo: Edições 70; 2011.

52. Lima JLO, Manini MP. Metodologia para análise de conteúdo qualitativa integrada à técnica de mapas mentais com o uso dos softwares Nvivo e Freemind. *Informação & Informação*. 2017; 21(3):63-100. [acesso em 15 set. 2019]. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.5433/1981-8920.2016v21n3p63>

53. Dellagnelo EHL, Silva, RC. Análise de conteúdo e sua aplicação em pesquisa na administração. In: Vieira MMF, Zovain DM (Orgs.). *Pesquisa qualitativa em administração: teoria e prática* (pp. 97-118). São Paulo: FGV, 2005.

54. Mayring P. *Qualitative content analysis: theoretical foundation, basic procedures and software solution*. Klagenfurt, Austria, 2014. [acesso em 15 set. 2019]. Disponível em: <https://www.ssoar.info/ssoar/handle/document/39517>

55. Freire P. Educação e mudança. 36. ed. São Paulo: Paz e Terra; 2014.

56. Gismalla MDA, Kaliya-Perumal A-K, Habour AB, Mohammed MEI. Does perception of clinical competency correlate with perception of training efficiency? *Journal of Medical Education*. 2017; 16(4):221-226. [acesso em 15 set. 2019]. Disponível em: <https://www.ssoar.info/ssoar/handle/document/39517>
57. Campbell OM, Calvert C, Testa A, Strehlow M, Benova L, Keyes E, et al. The scale, scope, coverage, and capability of childbirth care. *The Lancet*. 2016; 388(10056):2193-2208. [acesso em 15 set. 2019]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27642023>
58. Lukasse M, Lilleengen AM, Fylkesnes AM, Henriksen L. Norwegian midwives' opinion of their midwifery education—a mixed methods study. *BMC Med Educ*. 2017; 17(1):80. [acesso em 15 set. 2019]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28468617>
59. WHO. World Health Organization. Recommendations non-clinical interventions to reduce unnecessary caesarean sections. 2018. Geneva: World Health Organization; 2018.
60. Jansen L, Gibson M, Bowles BC. First do no harm: interventions during childbirth. *The Journal of Perinatal Education*. 2013; 22(2): 83-92. [acesso em 15 set. 2019]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3647734/>
61. Symon A, Pringle J, Cheyne H, Downe S. Midwifery-led antenatal care models: mapping a systematic review to an evidence-based quality framework to identify key components and characteristics of care. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2016; 16:168. [acesso em 15 set. 2019]. Disponível em: <https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12884-016-0944-6#citeas>
62. Crisp, Nigel. Nursing and Midwifery: Key to Implementing Alma-Ata 40 Years on. *Health Syst Reform*. 2018; 4(3):183-187. [acesso em 15 set. 2019]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30081706>
63. Gramacho RCCV, Silva RCVS (Orgs.). *Enfermagem na cena do parto. Cadernos HumanizaSUS: humanização do parto e nascimento (v. 4)*. Brasília: Universidade Estadual do Ceará; Ministério da Saúde, 2014.
64. Koblinsky M, Moyer CA, Calvert C, Campbell J, Campbell OMR, Feigl A, et al. Quality maternity care for every woman, everywhere: a call to action. *The Lancet*. 2016; 388(10057):2307-2320. [acesso em 10 ago. 2019]. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)31333-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31333-2)
65. Silva FH, Barros ME, Martins CP. Experimentações e reflexões sobre o apoio institucional em saúde: trabalho a partir do HumanizaSUS. *Interface (Botucatu)* . 2015; 19(55):1157-1168. [acesso em 10 ago. 2019]. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832015000401157&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832015000401157&lng=en)
66. Freitas DA, Santos EMS, Lima LVS, Miranda LN, Vasconcelos EL, Nagliate PC. Saberes docentes sobre processo ensino-aprendizagem e sua importância para a formação profissional em saúde. *Interface (Botucatu)*. 2016; 20(57):437-448. [acesso

em 10 ago. 2019]. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832016000200437&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832016000200437&lng=en)

67. Heckert AL, Neves CAB. Modos de formar, modos de intervir: quando a formação se faz potência de coletivo. *Humaniza SUS: Formação e intervenção*. Brasília: Ministério da Saúde; Secretaria de Atenção à Saúde; Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização; 2010.

68. Feuerwerker LCM. Além do discurso de mudança na educação médica: processos e resultados. Rio de Janeiro: Hucitec, 2002.

69. Custódio JB, Peixoto MGB, Arruda CAM, Vieira, DVF, Sousa MS, Ávila MMM, et al. Desafios associados à formação do médico em saúde coletiva no curso de medicina de uma universidade pública do Ceará. *Rev. bras. educ. méd*, 2019; 43(2): 114-121. [acesso em 10 ago. 2019]. Disponível em: <http://portal.revistas.bvs.br/index.php?issn=0100-5502&lang=pt>

70. Lopes EMT. Da sagrada missão pedagógica. Belo Horizonte: Autêntica, 2017.

71. Merhy EE. O desafio que a educação permanente tem em si: a pedagogia da implicação. *Interface (Botucatu)*. 2005; 9(16): 172-174. [acesso em 10 ago. 2019]. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832005000100015&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832005000100015&lng=en)

72. Freire P. *Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa*. 57. ed. Rio de Janeiro; São Paulo: Paz e Terra; 2018.

73. Tasca JE, Ensslin L, Ensslin SR. A construção de um referencial teórico sobre a avaliação de desempenho de programas de capacitação. *Ensaio: Avaliação e Políticas Públicas em Educação*. 2013; 21(79): 203-238. [acesso em 10 ago. 2019]. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/S0104-40362013000200003>

74. Carvalho EMP, Amorim FF, Santana LA, Göttems LBD. Avaliação das boas práticas de atenção ao parto por profissionais dos hospitais públicos do Distrito Federal, Brasil. *Ciênc. saúde coletiva*. 2019; 24(6):2135-2145. [acesso em 18 jun. 2019]. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232019000602135&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232019000602135&lng=en).

75. Amoretti R. A educação médica diante das necessidades sociais em saúde. *Rev Bras Educ Med*. 2005; 29(2):136-146. [acesso em 18 jun. 2019]. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/csp/v23n2/16.pdf>

76. Belizan M, Meier A, Althabe F, Codazzi A, Colomar M, Buekens P, et al. Facilitators and barriers to adoption of evidence-based perinatal care in Latin American hospitals: a qualitative study. *Health Education Research* 2007; 22:839-853.

77. Sethi A, Ajjawi R, McAleer S, Schofield S. Exploring the tensions of being and becoming a medical educator. *BMC Med Educ* 17(1):62, 2017. [acesso em 10 ago. 2019]. Disponível em: <https://bmcmmededuc.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12909-017-0894-3>

78. Rocha HC, Ribeiro VB. Training course for teaching preceptors of medical internship. *Revista Brasileira de Educação Médica*. 2012. [acesso em 10 ago. 2019]; 36(3):343-350. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/S0100-55022012000500008>
79. Skare TL. Metodologia do ensino na preceptoría da residência médica. *Rev. Med. Res.* 2012; 4(2):116-120. [acesso em 10 ago. 2019]. Disponível em: <http://www.crmpr.org.br/publicacoes/cientificas/index.php/revista-do-medico-residente/article/view/251>
80. Sarre S, et al. Os desafios do treinamento, suporte e avaliação dos profissionais de assistência à saúde: um estudo qualitativo de experiências em três hospitais agudos ingleses. *Revista Internacional de Estudos de Enfermagem*. 2018; 79:145-153.
81. GDF. Secretaria de Estado de Saúde do DF. Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde. Escola Superior de Ciências da Saúde. Projeto Pedagógico do Curso. Capacitação em Ensino na Saúde: Formação para preceptoría. Brasília: GDF; 2018.
82. WHO. World Health Organization et al. Global strategy on human resources for health: workforce 2030. Geneva: World Health Organization; 2017.

## APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

O(a) Senhor(a) está sendo convidado(a) a participar do projeto: **O processo de formação de enfermeir@s e médic@s na modalidade *residência obstétrica* a partir da percepções dos preceptores.**

O nosso objetivo é compreender, a partir do ponto de vista dos preceptores, como o processo de formação de obstetras (médicos e enfermeiras) na modalidade *residência* desenvolve e ensina as práticas recomendadas pelas diretrizes nacionais e internacionais de assistência ao parto normal.

O(a) senhor(a) receberá todos os esclarecimentos necessários antes e no decorrer da pesquisa e lhe asseguramos que seu nome não aparecerá, sendo mantido o mais rigoroso sigilo através da omissão total de quaisquer informações que permitam identificá-lo(a).

A sua participação será por meio de uma entrevista que será realizada pelo pesquisador no seu local de trabalho na data combinada. Não existe, obrigatoriamente, um tempo predeterminado, para responder a entrevista. Será respeitado o tempo de cada um para respondê-la. Informamos que o Senhor(a) pode se recusar a responder qualquer questão que lhe traga constrangimento, podendo desistir de participar da pesquisa em qualquer momento, sem nenhum prejuízo para a senhor(a).

Os resultados da pesquisa serão divulgados aqui no seu local de trabalho e na Secretaria Estadual de Saúde do Distrito Federal onde o Senhor(a) trabalha, podendo ser publicados posteriormente. Os dados e materiais utilizados na pesquisa ficarão sob a guarda da pesquisadora. Se o Senhor(a) tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, por favor telefone para: Dra. Leila Göttems, na Secretaria de Saúde do Distrito Federal, telefone: (61) 98417-5175, no horário: 8h às 12h e das 14h às 18h, ou para a Dra. Dirce Guilhem, telefone: (61) 98158-7000.

Este projeto foi Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da SES/DF. As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou aos direitos do sujeito da pesquisa podem ser sanadas através do telefone: (61) 3325-4955.

Este documento foi elaborado em duas vias, uma ficará com a pesquisadora responsável e a outra com o sujeito da pesquisa.

\_\_\_\_\_  
Nome/assinatura  
Elisabete Mesquita Peres de Carvalho  
Pesquisadora Responsável  
Brasília, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

## APÊNDICE B - ROTEIRO DE ENTREVISTA COM OS PARTICIPANTES

### 1 Identificação:

Entrevista nº \_\_\_\_\_ Data: \_\_/\_\_/\_\_ Local: \_\_\_\_\_

Médico ( ) Enfermeiro ( )

Sexo \_\_\_\_\_

Idade \_\_\_\_\_

Tempo de formação/obstetrícia \_\_\_\_\_

Tempo de preceptoria \_\_\_\_\_

### 2 Entrevista:

Roteiro:

- Como as boas práticas de atenção ao parto e nascimento são abordadas durante o programa de residência (O que é ensinado? Como é ensinado?)
- Que práticas demonstrativamente úteis são utilizadas pelos residentes no TP?
- Na sua opinião, quais práticas claramente prejudiciais já foram abolidas e quais permanecem na condução do parto neste serviço?
- Existem normas escritas direcionadas à assistência ao parto? Se sim, quais?
- Como é gerenciado o cenário do parto com residentes de medicina e enfermagem e internos, de forma a proporcionar o aprendizado e o trabalho em equipe?
- Como se dá a educação permanente dos preceptores com relação à busca e atualização das evidências científicas?

**APÊNDICE C - DIÁRIO DE CAMPO – AMBIÊNCIA E UTILIZAÇÃO DE PRÁTICAS  
NA CONDUÇÃO DO PARTO E NASCIMENTO**

Enfermeira _____		Data: / / _____		Hospital: _____	
Ambiência		Sim	Não		
Espaço para deambulação da parturiente					
Banqueta de parto					
Bola					
Cavalinho					
Chuveiro com água morna para banho de aspersão					
Leitos PPP (pré-parto, parto e puerpério imediato)					
<b>Utilização de práticas na condução do parto e nascimento</b>					
		<b>Sempre/Na maioria das vezes</b>	<b>Raramente/Nunca</b>		
Plano de parto					
Partograma					
Métodos não farmacológicos para alívio da dor					
Liberdade de posição e movimento					
Presença de acompanhante					
Contato precoce pele a pele					
Oferta de líquidos e alimentação durante o TP					
<b>Uso rotineiro de enema e tricotomia</b>					
Uso rotineiro de enema e tricotomia					
Infusão intravenosa de rotina					
Administração de ocitócitos em qualquer momento do parto					
Uso rotineiro da posição de litotomia no parto					
Esforços de puxo prolongado e dirigido					
<b>Uso rotineiro de amniotomia precoce</b>					
Uso rotineiro de amniotomia precoce					
Manobra de Kristeller					
Uso rotineiro de ocitocina					
Clampeamento precoce de cordão					
<b>Restrição de comida e líquidos durante o TP</b>					
Restrição de comida e líquidos durante o TP					
Transferência rotineira da parturiente para outra sala no início do segundo estágio do TP					
Exames vaginais frequentes e repetidos por mais de um prestador de serviço					
Uso rotineiro e liberal de episiotomia					

**APÊNDICE D - ELABORAÇÃO DAS CATEGORIAS, SUBCATEGORIAS E UNIDADES DE REGISTRO MAIS FREQUENTES - TEMÁTICA 1 – MÉDICOS**

Quadro 1 – Temática 1 - Abordagem das boas práticas de atenção ao parto e nascimento no programa de Residência.

1 – Abordagem das boas práticas de atenção ao parto e nascimento no programa de Residência.		
Categoria	Indicador	Unidades de Registro
Alinhamento entre o conteúdo teórico e a prática	Conteúdo programático	“Um dos primeiros módulos que eles têm no programa teórico da residência médica é de assistência ao parto e dentro desse módulo de assistência ao parto, eles têm todos os itens relacionados às boas práticas de assistência ao parto. Além disso, durante a atividade prática, a parte teórica é colocada em prática. É visto na teoria e no momento prático”. (M1)
		“(…) é discutido não só o que está nos livros texto como também em relação às Diretrizes das boas práticas em relação ao parto, as recomendações da OMS de 1996 e as diretrizes atuais do Ministério da Saúde”. (M5)
		(…) o que eu fiz, eu coloquei no..., eu acrescentei ao programa das aulas teóricas alguns temas relacionados com as boas práticas”. (M15)
		“Não existe módulo teórico para ver isso, e é trabalhado de acordo com a ética médica, né, que vai muito disso mesmo que ela é aplicada em qualquer local e acaba que os preceptores sempre dão o exemplo, né”. (M21)
	Momento teórico e prático	“(…) aqui nós temos as aulas teóricas, né, nós discutimos e, durante o plantão a gente vai junto com o residente, a gente fica com eles, pelo menos nós, da preceptoría, ficamos com eles”. (M8)
		“É visto no programa teórico-prático juntamente com os demais itens que constam da programação teórica e é ensinado na prática do dia a dia”. (M9)
		“(…) As boas práticas são abordadas nas aulas teóricas e nas aulas práticas”. (M11)
		“(…) então, eles têm um dia de aula teórica sobre boas práticas tanto em obstetrícia, nascimento, no puerpério, isso todo ano é feito, e na parte prática é empenho do residente e espelho do preceptor”. (M14)
Práticas demonstrativamente úteis	Métodos não farmacológicos de alívio da dor	“(…) a gente tem a bola, o chuveiro para as pacientes, né, mas contempla praticamente, acompanhante de livre escolha, inclusive do gênero masculino e a gente, por exemplo, eu recomendo muitas vezes que o acompanhante faça massagem com óleo nas costas, temos o cavalinho, deambulação aqui no espaço..”. (M1)
		“(…) a gente incentiva muito aqui o banho de chuveiro, o uso da bola e da cadeirinha e do cavalinho”. (M4)
		“Elas praticamente não existem, o uso desses instrumentos que você está abordando, os que têm aqui são usados apenas pela enfermagem”. (M10).
		“Vai depender também do treinamento do Staff, né, se o Staff for treinado em relação às boas práticas, ele com certeza passará as boas práticas para o residente. No meu caso, no meu plantão da 3ª feira, tudo isso é obedecido na prática diária”. (M11)
		“Tem a bola, tem o cavalinho, tem o banho, tem as técnicas não farmacológicas, sim”. (M15)

	Presença de Acompanhante	<p>“A gente exige a presença de um acompanhante, a gente não faz diferenciação se é homem ou mulher, já estamos também aceitando doulas. As doulas também já podem entrar e acompanhar os partos, a paciente que traz do interesse dela”. (M4)</p> <p>“A presença do acompanhante no parto normal já é estabelecida há um bom tempo, agora, com relação ao parto cesariano, ainda vai ser implantado”. (M6)</p> <p>“(…) a liberdade de acompanhamento, seja de um marido, seja de um familiar, seja de uma amiga, seja de uma mãe, seja de uma tia, não importa, é solicitado, a gente tem feito essa prática mesmo”. (M7)</p> <p>“Aqui é um hospital que não foi preparado pra receber o acompanhante, então o que a gente fez nesse período pra adequar, a gente fez um cortinado, né, cortinas que separam, então elas têm privacidade e fica o acompanhante na cadeirinha lá”. (M13)</p> <p>“Toda paciente tem direito a ficar com acompanhante, então ela sempre fica e isso a gente sempre oferece e os meninos (residentes) sabem que isso tem que ser oferecido”. (M14)</p>
	Contato pele a pele/ Clampeamento tardio do cordão/ Amamentação na 1ª hora de vida	<p>“(…) a gente preconiza muito o cuidado pele a pele, clampeamento tardio do cordão, (…) espera parar de pulsar, tá (…) o bebê vai para o contato pele a pele, ali ele fica por no mínimo uma hora para depois fazer todo o processo de higienização”. (M1)</p> <p>“(…) em relação às práticas, a gente tem feito um levantamento tanto em relação ao clampeamento tardio do cordão, de pele a pele (…) e dá quase 90% de contato pele a pele e de clampeamento tardio do cordão, na realidade clampeamento oportuno, o contato pele a pele na cesárea a gente tem feito”. (M5)</p> <p>“(…) contato pele a pele, clampeamento tardio do cordão, amamentação na primeira hora do parto”. (M9)</p> <p>“Clampeamento tardio do cordão, tanto em parto normal, quanto em cesariana, amamentação na primeira hora de vida, tudo isso é estimulado, (…)”. (M14)</p> <p>“(…) a gente está tendo contato pele a pele, amamentação na primeira hora, clampeamento tardio do cordão umbilical,(…) até na cesárea (…)”. (M15)</p>

**APÊNDICE E - ELABORAÇÃO DAS CATEGORIAS E UNIDADES DE REGISTRO MAIS FREQUENTES - TEMÁTICA 1 – ENFERMEIROS(AS)**

Quadro 2 – Temática 1 - Abordagem das boas práticas de atenção ao parto e nascimento no programa de Residência.

1 – Abordagem das boas práticas de atenção ao parto e nascimento no programa de Residência.		
Categoria	Indicador	Unidades de Registro
Alinhamento entre o conteúdo teórico e a prática	Conteúdo programático	“Nós temos toda uma programação, um conteúdo programático, né...que é revisado anualmente, que é o projeto pedagógico, e dentro do conteúdo é abordado o tema das boas práticas”. (E1)
		“Durante o desenvolvimento da residência, eles têm uma oficina, têm tutoria sobre Boas Práticas, seria a parte teórica e eles vêm para aplicar,(...) aí são orientados por nós com todos os recursos e mecanismos facilitadores das Boas Práticas e eles aprendem junto com a gente, assistindo a gente a fazer e fazendo junto com a gente essas boas práticas”. (E13)
		“Desde que o residente entra no programa, já tem um cronograma definido, um programa definido, então o residente, ele vai ter aulas teóricas a respeito de todo o processo da obstetrícia (...), e hoje tem aulas específicas voltadas para as boas práticas obstétricas e neonatais, tem um módulo pra isso”. (E14)
	Momento teórico e prático	“A gente aborda em todos os momentos, nas aulas teóricas e durante a prática, todas as vezes que a gente presta assistência, a gente utiliza as boas práticas e vai passando isso para os residentes”. (E3)
		“Hoje em dia a prática já condiz mais com a teoria e desde o início, desde políticas públicas do primeiro módulo, a gente já traz os protocolos, as evidências (...) a residência é pautada, ela é sedimentada nessas Boas Práticas”. (E4)
		“Então, na verdade o que a gente busca é um alinhamento, né, entre o conteúdo teórico e a prática. Na parte teórica é muito tranquilo porque o nosso cuidado, o nosso ensino, ele já é embasado em evidências, né, então a gente pega o que tem mais de recente pra respaldar, né, e pra gente passar isso para o residente”. (E8)
		“A gente acaba mostrando na prática como é feito e depois vamos discutindo na teoria o porquê é feito daquela forma, quando a gente pode aplicar um método e não outro, né. Então, é feito assim, na prática e na teoria”. (E10)
	Práticas demonstrativamente úteis	Métodos não farmacológicos de alívio da dor
“A única coisa ruim da aplicação desses métodos é que acaba ficando muito limitado primeiro àquelas pacientes que a enfermagem obstétrica atende, segundo pelo número limitado que a gente tem desses materiais, ter só uma bola, só três cavalinhos, então limita muito o uso dessas práticas em todas as parturientes”. (E10)		
“Os métodos não farmacológicos a gente tenta utilizar todos”. (E12)		
Presença de Acompanhante		“Na verdade, a gente até pede “vem acompanhante por favor”. (E3)
		“(…) elas têm a presença do acompanhante, qual seja o sexo”. (E9)
Contato pele a pele /		“Presença de acompanhante e doula de livre escolha”. (E5)
	“(…) o clampamento tardio, o contato pele a pele, quando o bebê nasce bem fica em contato com a mãe na 1.ª hora pós-parto, fica	

	Clampeamento tardio do cordão// Amamentação na 1ª hora de vida.	postergado àqueles cuidados imediatos ao recém-nascido, a gente acompanha e fortalece essas recomendações”. (E2)
		“O contato pele a pele, o clampeamento tardio, a amamentação na 1ª hora (...)”. (E3)
		“(…) a gente faz o clampeamento tardio do cordão umbilical, estimula a amamentação na primeira hora que é considerada a hora de ouro, né, essa primeira hora e a tríade, que é o contato pele a pele, o clampeamento tardio e a amamentação na primeira hora a gente sempre faz, as pacientes têm e as residentes têm contato com isso sempre”. (E14)
	Liberdade de posição e movimento	“(…) essa questão da livre movimentação, do banho, da bola, do cavalinho, são as coisas que a gente mais usa. É uma tecnologia leve, de cuidado, né”. (E7)
		“(…) é liberdade de movimento, ela escolhe a posição de parto, hoje a gente tem três banquetas, então assim, parto verticalizado, a dieta, então ela se alimenta o tempo todo”. (E8)
		“(…) a gente tenta trazer mais as posições verticalizadas, a gente acompanha junto com elas os exercícios e, dependendo da avaliação que é feita, a gente tem os exercícios direcionados, pra facilitar a descida, a rotação do bebê, a gente oferece massagem também e também empodera o acompanhante dentro dessas práticas”. (E13)
	Apoio	“O apoio, o suporte, o apoio psico-afetivo(...)”. (E4)
		“(…) elas chegam e a gente não interna, a gente acolhe a mulher e, sempre quando elas estão indo embora (...), eu pergunto ‘você foram bem atendidas’, ‘você foram bem tratadas’ (...)”. (E6)
		“(…) eu peço, conversem com a mulher, olhem no olho, escute o que ela tem a dizer, porque é aí que você vai nortear as suas práticas, (...) o vínculo é a principal forma, na minha opinião, de você prestar uma assistência qualificada nos preceitos de humanização, de um parto respeitoso, porque não adianta você querer colocar as mesmas coisas para todas, nem todas as coisas são do mesmo jeito”. (E11)

**APÊNDICE F - ELABORAÇÃO DAS CATEGORIAS, SUBCATEGORIAS E UNIDADES DE REGISTRO MAIS FREQUENTES - TEMÁTICA 2 – MÉDICOS**

Quadro 3 – Temática 2 - Práticas desnecessárias que permanecem na assistência ao parto

2 - Práticas desnecessárias que permanecem na assistência ao parto			
Categoria	Indicador	Unidades de Registro	
Práticas claramente prejudiciais	Enema e Tricotomia	“Tricotomia foi abolida, nem me lembro mais. Enteroclisma também foi abolida de forma definitiva”. (M1)	
		“Tricotomia não existe aqui há muitos anos, enteróclise também não existe (...)”. (M2)	
		“Que foram completamente abolidas (...) há muito tempo, que na realidade não faz mais parte, é enteróclise e tricotomia (...)”. (M5)	
		“Enteróclise e tricotomia, nunca vi”. (M6)	
	Infusão intravenosa de rotina no TP	“Infusão intravenosa não se faz mais de rotina, só se tiver alguma indicação”. (M13)	
		“Hidratação venosa de rotina e ocitocina de rotina, não, nada disso tem mais, não de rotina”. (M14)	
		“Infusão intravenosa de rotina é...não vejo se fazer habitualmente, mas tem algumas pessoas que faz (...) existe o pessoal mais antigo que ainda faz isso. Eles (residentes) acabam vendo, mas eu acredito que eles sabem que não é o ideal. Mas, não é rotina do serviço”. (M16)	
	Administração de ocitócitos	“Ocitocina às vezes no final de trabalho de parto”. (M14)	
		“A administração de ocitócito não é de rotina, só quando necessário e sob controle”. (M20)	
		“(…) infusão intravenosa de rotina no trabalho de parto, também não, só tem um Staff que faz isso de rotina, mas ele não é preceptor, a ocitocina não é dada pra todo mundo de rotina, mas claro que tem indicação, né, no trabalho de parto, quando a paciente às vezes não está evoluindo, a gente tem que tomar alguma conduta, né, só com indicação”. (M21)	
	Litotomia	“Aqueles que estão parindo em litotomia é porque a paciente quer, às vezes são algumas multíparas, àquelas pacientes que já teve um filho prévio, elas já incutiram aquela posição e elas são resistentes em mudar de posição, mas assim, não estou vendo essa exigência, essa rigidez que a gente via no passado”. (M4)	
		“Hoje em dia, as próprias camas de PPP não permitem essa posição litotômica (...) então ela não fica naquela posição litotômica clássica, mas a gente tem tomado o cuidado de discriminar se o parto foi nessa posição mais sentada, se foi na posição de quatro apoios, se foi na banqueta, se foi lateralizado”. (M5)	
		“Com relação à posição, a maioria é litotômica, precisa avançar, né, quatro apoios, de cócoras, têm muito pouco”. (M15)	
		“A litotomia ainda permanece porque a gente não tem a maca adequada, né, a grande maioria é litotomia”. (M19)	
	Esforços de puxos prolongados e dirigidos	“Os puxos dirigidos, eu acho que a gente ainda tem muito o que trabalhar, eu acho”. (M3)	
		“Os puxos dirigidos ainda é muito utilizado pelos médicos e pela enfermagem”. (M9)	
		“Puxos dirigidos só na contração”. (M13)	
	Práticas sem evidências que devem ser	Amniotomia precoce	“Aqui a gente não tem mais amniotomo, é muito raro a gente fazer uma amniotomia”. (M8)
			“A amniotomia reduziu bastante (...) o que eu percebo de modo geral quando tem um pré-parto calmo que o pessoal já tem paciência de esperar mesmo o processo natural”. (M12)

utilizadas com cautela		“Amniotomia precoce também não, acho que a gente não tem amniótomo mais”. (M14)
	Manobra de Kristeller	“Ainda existe a manobra de Kristeller, mas numa frequência muito rara”. (M1)
		“Kristeller, nem se fala, é raro ter, porque as pessoas estão olhando tão com a cara feia quando se faz Kristeller que as pessoas estão aqui pensando duas vezes antes de fazer o Kristeller, só mesmo em atos de desespero”. (M4)
		“A manobra de Kristeller já existe uma normativa na SES restringindo, na verdade não recomendando mais a utilização, mas isso ainda acontece em casos específicos, não é uma coisa de rotina”. (M10)
Práticas utilizadas de modo inadequado	Restrição de líquidos durante o TP	“A dieta é branda na maioria das vezes”. (...) (M4)
		“A totalidade com a dieta livre de acordo com a demanda, é liberada conforme aceitação da paciente”. (M12)
		“Ela fica com dieta é mínima em resíduo”. (M14)
	Episiotomia	“Com relação a episiotomia de rotina, diminuiu assim, em torno de 90%”. (M8)
		“(…) a episiotomia, né, até há uns anos atrás aqui era rotina episiotomia para todas as parturientes, hoje não existe mais isso”. (M10)
		“Reduziu, embora eu faça assim uma crítica, uma ressalva, com relação assim, eu acho que é preciso a formação, é preciso do bom senso (...), você também falar que não faz episiotomia, que faz todos sem episiotomia e com extrações complicadas, eu acho que...a questão é de saber indicar a episiotomia, né, e avisar a paciente, então você não pode nem dizer que eu vou fazer episiotomia em todas e eu não vou fazer episiotomia em nenhuma, eu acho que eu percebo a questão negativa que o pessoal está indo muito por... não, agora não é pra fazer episódio, deixa lá, eu não posso manejar, fica lá a paciente sem assistência, sem orientação e isso que me deixa angustiado. Então, eu acho que não é isso, o parto humanizado não é você assistir demais, com procedimentos desnecessários e também não desassistir”. (M12)
	Exames vaginais repetidos por mais de um prestador de serviço	“É muito difícil realmente, num cenário de ensino, que não haja uma quantidade maior de toques porque você está num processo de ensino, então às vezes o residente toca, e às vezes o staff, na dúvida se é uma parada de progressão ou não é uma parada de progressão, ou na dúvida em relação a um tipo de variedade de posição ou assinclitismo, às vezes o staff é levado a fazer o toque também. Então, invariavelmente, num serviço com esse perfil, acaba sendo um número maior de toques do que o previsto em relação às boas práticas”. (M4)
		“O toque por mais de um profissional é realizado porque a gente precisa ensinar, não é, porque como recebe estudantes, principalmente recebe residentes que já são formados, mas estão em formação e eles precisam aprender, né, então sempre a avaliação é dupla do médico avaliador e do aprendiz”. (M10)
		“Com relação aos toques por mais de um prestador de serviço ainda acontece, né, não tem como, porque o plantão tem muita gente, todo mundo é responsável pelo plantão, então, acaba que não é só uma pessoa que toca, não é, então são múltiplos toques (...)”. (M15)

**APÊNDICE G - ELABORAÇÃO DAS CATEGORIAS E UNIDADES DE REGISTRO MAIS FREQUENTES - TEMÁTICA 2 – ENFERMEIROS (AS)**

Quadro 4 – Temática 2 - Práticas desnecessárias que permanecem na assistência ao parto

2 - Práticas desnecessárias que permanecem na assistência ao parto		
Categoria	Indicador	Unidades de Registro
Práticas claramente prejudiciais	Enema e Tricotomia	“Sobre a enteróclise e tricotomia, quando era residente aqui, já não existia mais”. (E1)
		“Enema e tricotomia a gente não faz mais isso, não consigo nem pensar algum lugar que ainda faça isso, vai que tem, não duvido que tenha não”. (E3)
		“(…) a gente não tem mais lavagem intestinal, tricotomia, a gente não tem mais dieta zero (…)”. (E4)
	Administração de ocitócitos	“Também ocitocina não usa, só no período expulsivo, se precisar, né”. (E2)
		“O plantão de hoje é um plantão que tem muita sorocondução, depende muito do perfil do médico, mas a maioria também já não está induzindo, só coloca em período expulsivo”. (E9)
	Litotomia	“O uso de ocitocina não é de rotina durante o trabalho de parto, mas no período expulsivo a equipe médica tende a utilizar bastante para abreviar também o período expulsivo da parturiente”. (E10)
		“Em relação às práticas prejudiciais ou ineficazes que devem ser eliminadas e mostra atraso neste serviço é o uso da infusão intravenosa de rotina, a posição predominantemente supina ou litotomia e puxo dirigido”. (E5)
		“Elas são livres, agora sim, àquelas mulheres que já tiveram filhos, a gente oferece outras posições e elas dizem, não eu quero parir assim, porque foi assim que eu tive”. (E6)
	Esforços de puxo prolongado e dirigido	“Com relação à posição de litotomia, nos locais onde eu tenho a vivência da residência já mudou muito essas práticas nos hospitais onde a gente tem residência”. (E7)
		“O puxo dirigido e o estiramento do períneo no expulsivo ainda se faz muito aqui (…) eles não diferenciam a fase latente do período expulsivo, da fase de descida, que é fase final, então às vezes a mulher tem um período expulsivo mais prolongado e eles não aguardam o bebê descer bem para começar a estimular os puxos ou orientar o parto, não, se está com dez centímetros, eles já entendem que tem que colocar a mulher na posição de parto e já dirige os puxos e então é essa agonia e sofrimento, quarenta minutos ou uma hora de gritaria”. (E1)
		“Os puxos prolongados e dirigidos ainda fazem, fazem bastante. A gente até espera o período expulsivo, mas ainda tem, a gente ainda é muito ansioso com relação a dirigir o puxo”. (E7)
		“Eu acho que talvez o puxo dirigido, a gente vê muito, e o uso da ocitocina, principalmente no expulsivo”. (E8)
		“Os puxos ainda são dirigidos(…)”. (E9)
	“Muitas pessoas consideram a dilatação completa, vamos abrir os campos, o parto vai começar, e a gente sabe que para esse parto começar ainda pode levar muito tempo. Aí começa os puxos dirigidos, a equipe começa a ficar insegura e aí a neonatologista acha que está demorando, e aí todo mundo acha que está demorando, aí a mulher fica cansada porque é muito puxo dirigido, e aí esse menino não nasce e acaba que todo mundo sente que alguma coisa tem que ser feita, ao invés de fechar os campos, vamos colocar essa mulher de pé para ela agachar, vamos mudar de posição, alguma coisa a ser feita muitas vezes é a manobra de Kristeller”. (E11)	

Práticas sem evidências que devem ser utilizadas com cautela	Manobra de Kristeller	<p>“Kristeller raramente, hoje em dia o profissional que faz um Kristeller, ele sabe que está fazendo uma coisa errada, né, tem um peso, é pra anotar, todo mundo fica sabendo, é obrigado a anotar, o pediatra que cobrou isso, né, então, tem uma pressão, todo mundo fica sabendo”. (E4)</p> <p>“A manobra de Kristeller é raro mas ainda acontece”. (E11)</p> <p>“Kristeller também a gente quase não vê, mas tem plantões ainda que ocorre”. (E12)</p>
Práticas utilizadas de modo inadequado	Restrição de comida e líquidos durante o TP	<p>“A maioria delas ficam em dieta livre, a não ser que já tenha alguma indicação de cesariana, vai a critério médico mesmo, eles deixam àquelas de zero que já tem alguma pretensão de fazer cesariana”. (E10)</p> <p>“E, restrição alimentar, tipo dieta zero para todas não acontece”. (E11)</p> <p>“A dieta é mínima em resíduo e as vezes chega a ser liberada, mas aí é muito esporádica depende do médico, a maioria dos casos é uma dieta mínima em resíduos. Já é melhor do que zero, já é um avanço”. (E11)</p> <p>“A questão da dieta, restrição da dieta eles liberaram bastante, assim. Mas, ainda tem dieta zero, depende do plantão. Tem profissionais que são muito resistentes quanto a essas mudanças”. (E12)</p>
	Episiotomia	<p>“Na residência de enfermagem nós abolimos a episiotomia, não é feito”. (E2)</p> <p>“Episiotomia de rotina a gente já não faz mais, quase não faz, sempre tem um ou outro resistente, mas em geral, a gente quase não faz”. (E3)</p> <p>“Quando eu cheguei lá, há seis anos atrás, episódio era quase que 90%, hoje em dia é um evento raro”. (E6)</p> <p>“(…) episódio ainda é feito, mas não de rotina e não pela enfermagem, né, geralmente quando é feita, é feita pela medicina”.</p> <p>“E episiotomia não é mais de rotina, né, mas às vezes é feito desnecessariamente porque é nulípara, assim é umas indicações que a gente já sabe que não tem mais”. (E8)</p> <p>“(…) episiotomia, assim, já reduziu bastante desde quando começou a residência, a gente percebeu essa redução, tem plantão que não faz mais, são poucos os que fazem, tem as pessoas certas que fazem episiotomia”. (E12)</p> <p>A episiotomia (...) em algumas situações ainda é feita, situações com indicação e que demanda tomada de atitude, né, mas é muito raro”. (E14)</p>
	Exames vaginais repetidos por mais de um prestador de serviço	<p>“Com relação aos toques já foi pior, hoje em dia a gente respeita bem, duas, três horas sem toque. Antigamente era assim, vinha um e fazia o toque, vinha outro e fazia por cima, porque cada um quer fazer a sua evolução, vinha residente de enfermagem e fazia, depois vinha o residente médico e fazia, às vezes eles pediam opinião e vinha o Staff, então acaba que era muito mais de sete toques num parto, muito mais e, principalmente no expulsivo, né, que o dedo não sai de lá”. (E4)</p> <p>“Com relação aos toques, a gente está assim, já tocou, está assim, assim, muitos deles confiam na nossa avaliação, está melhorando bastante”. (E6)</p> <p>“Com relação aos toques, normalmente não é a mesma pessoa que toca, até porque a rotatividade aqui é muito grande, na mesma hora que ele está aqui ele também precisa ir para o centro cirúrgico, acaba que ele tocou, eu venho e toco, mas a gente tenta respeitar e não tocar com menos de uma hora. Às vezes passa até mais, várias horas sem nenhum toque, mas depende muito de quem está no plantão também, né”. (E9)</p>

**APÊNDICE H - ELABORAÇÃO DAS CATEGORIAS, SUBCATEGORIAS E UNIDADES DE REGISTRO MAIS FREQUENTES - TEMÁTICA 3 – MÉDICOS**

Quadro 5 – Temática 3 - Normas e rotinas na assistência ao parto normal

3 - Normas e rotinas na assistência ao parto normal		
Categoria	Indicador	Unidades de Registro
Protocolo da unidade	Lacuna	“Não, isso aí é uma das coisas que a gente anda lutando”. (M4)
		“Não existe um protocolo escrito. Mas, existe um protocolo informal”. (M10)
		“Não, os protocolos estão sendo formulados desde o ano passado pela secretaria, né, pela coordenação da ginecologia, e nós estamos aguardando os protocolos oficiais da secretaria”. (M13)
		“Eu acho que não! Eu acho que a gente tem as normas que a gente segue com a residência, mas que não é uma coisa ainda da secretaria de saúde”. (M14)
		“Não, a gente não tem um protocolo do serviço”. (M15)
		“Infelizmente, a gente não tem um protocolo da unidade”. (M17)
		“Ainda não, existe um projeto já de dois anos que a gente está tentando, só que acaba que sempre tem os porém da equipe, da preceptoría”. (M20)
		“Não, não tem”. (M21)
	Normas escritas	“Existe um protocolo de obstetrícia que foi feito pelos preceptores anteriores”. (M8)
		“Usamos o Manual da Residência Médica”. (M9)
		“Está em processo de elaboração, quase pronto. Mas, ainda não existe”. (M19)
		“Está se implantando, penso que com o projeto Apice On a coisa vai ficar mais bem definida”. (M6)
Normas do MS	Manuais do MS	“A gente deixa as normas do Ministério da Saúde, que são normas escritas e que na verdade, teoricamente, todo serviço público, as normas do MS foram escritas justamente para orientar e nortear os serviços públicos, então a gente não precisa reinventar a roda. Então a gente tem as normas escritas do MS em relação às diretrizes do parto normal. Tem xerocado e foi passado por WhatsApp para os colegas da unidade, não sei se todos leram, mas foi passado para todos os colegas as diretrizes do parto normal”. (M5)
		“Aqui nós adotamos os Manuais do MS”. (M11)
		“Não! O que existe é o manual do MS com as orientações e geralmente do trabalho que é feito na preceptoría que fica com a rotina do serviço, né”. (M12)
		“Nós usamos a normatização da FEBRASGO, também utilizamos da OMS, do MS, que tem as normatizações dos partos, mas o serviço, ele não tem exclusivamente uma normatização feita por ele”. (M18)

**APÊNDICE I - ELABORAÇÃO DAS CATEGORIAS E UNIDADES DE REGISTRO MAIS  
FREQUENTES - TEMÁTICA 3 – ENFERMEIROS(AS)**

Quadro 6 – Temática 3 - Normas e rotinas na assistência ao parto normal

3 - Normas e rotinas na assistência ao parto normal		
Categoria	Indicador	Unidades de Registro
Protocolo da unidade	Lacuna	“Não tem. Que eu saiba tem um documento que iniciou a elaboração, que foi iniciado pela chefe da UGO e junto com as enfermeiras obstetras, mas ele está parado, não saiu oficial, não foi para publicação e nem para aprovação em comissão, nada disso”. (E1)
		“Não, não tem. A gente tem a norma escrita da Secretaria de Saúde de mil e novecentos e lá vai bolinha e até hoje não se atualizou”. (E3)
		“Não, mas está sendo normatizado e formalizado com a iniciativa Apice On a qual é exigido”. (E5)
		“Não. Agora, com essa demanda do Apice On, é que os hospitais estão começando a fazer um trabalho mais voltado pra isso”. (E7)
		“Não. Recentemente, o programa de residência médica, eles fizeram um guia de consulta, né, de algumas situações atípicas assim, pra indução, pra rotura das membranas, pra conduzir assim, mais medicamentos, como é que faz e tudo, mas para a assistência ao parto não tem”. (E8)
		“Normas escritas do setor não, a gente tem as diretrizes e a gente baseia muito pelo protocolo da casa de parto, mas até conversei com a minha chefe que a gente tinha que fazer o nosso próprio protocolo, até porque está em fase de implementação o nosso CPN, já foi aprovado, já foi liberado verba”. (E9)
		“(…) atualmente a gente não tem nenhum material no setor que respalde a conduta durante o parto, durante o trabalho de parto”. (E10)
		“Não, normas escritas não conheço”. (E11)
	“Normas escritas, não!”. (E12)	
	Normas escritas	“Existe um protocolo sim, que foi feito pela (...). A enfermagem usa. É baseado no protocolo que a gente vai saber se a paciente fica com a gente ou com a equipe médica. Tem os critérios de seleção da paciente para classificar se ela é de risco habitual ou de alto risco”. (E2)
		“Tem, foi elaborada pelas próprias preceptoras, né, eu, (...)”. (E4)
		“Existem, mas a gente está passando pelo um processo agora, pelo o Apice On, a gente está renovando todas as nossas coisas, a gente introduziu o <i>checklist</i> de acolhimento da mulher até a alta do centro obstétrico, o <i>checklist</i> do bebê, então assim a gente está fazendo umas coisas muito boas”. (E6)
		“Existe, a gente tem um protocolo assistencial (...)”. (E13)
		“Temos, nós temos um protocolo assistencial (...)”. (E14)

**APÊNDICE J - ELABORAÇÃO DAS CATEGORIAS, SUBCATEGORIAS E UNIDADES DE REGISTRO MAIS FREQUENTES - TEMÁTICA 4 – MÉDICOS**

Quadro 7 – Temática 4 – Processos de trabalho no cenário da residência obstétrica.

4 - Processos de trabalho no cenário da residência obstétrica.		
Categoria	Indicador	Unidades de Registro
Definição de processos de trabalho	Baixo risco – acompanhado pela EO	“Dentro dos hospitais da SES, aqui talvez seja onde a enfermagem obstétrica tenha maior campo de atuação, né, assim, em relação a outras residências de enfermagem obstétrica. As residentes de enfermagem aqui têm uma abertura maior, é assim, elas têm um espaço próprio, nós dividimos aqui o centro obstétrico em alto risco e baixo risco e habitualmente as enfermeiras obstetras em formação, as residentes, juntamente com seus preceptores, elas ficam responsáveis por partos que ficam lá no baixo risco“. (M1)
		“O baixo-risco é acompanhado só pela enfermagem, às vezes quando elas têm alguma dúvida, o trabalho de parto está lento, não está progredindo, aí elas chamam um dos médicos do plantão pra avaliação, mas normalmente, fica só com elas“. (M2)
		“(…) aí a enfermagem pega os de baixo risco e fica sendo acompanhada pela professora, né, nós damos assistência, se houver necessidade(…)“. (M7)
		“Normalmente já tem aquelas que são acompanhadas pela enfermagem, assim, normalmente quando é trabalho de parto, tranquilo, e assim, se tem residente, normalmente, eles dividem, da medicina e da enfermagem, entendeu“. (M15)
	Não está sistematizado	“Eu acho que isso ainda é uma coisa não resolvida eu me preocupo muito com a suficiência de experiência para todos“. (M3)
		“(…) o que já está estabelecido é que os partos de baixo risco, uma grande parte é feito pela enfermagem obstétrica, tem viés aí porque os meninos que fazem a residência de enfermagem não dão plantão noturno, porque não tem preceptor, eu acho que a quantidade não é suficiente também pra cobrir(…)“. (M6)
		“Não tem como falar em dividir pacientes(…)“. (M9)
		“Não tem assim uma distribuição, tal leito é de fulano“. (M13)
		“Não tem uma divisão. Geralmente, a residente de enfermagem ela só fica acompanhando quando tem um preceptor de enfermagem, não é todo plantão também que tem preceptor de enfermagem dentro do C.O. Enfermeira obstétrica não é o tempo todo que tem, então elas só fazem parto e acompanham, geralmente quando as preceptoras estão“. (M14)
		“Hoje, a gente tem, assim, uma boa aceitação dos residentes de medicina para com os residentes de enfermagem. Então você ver assim, eles fazendo parto juntos. Eles não tendo resistência em deixar as residentes de enfermagem fazer partos. Mas a gente sabe que ainda precisa melhorar mais isso (…)“. (M4)
		“Competição por parto sempre existe, né, em qualquer ambiente e é saudável, acho que a competição sempre é saudável porque ela estimula o crescimento de cada um. Porém aqui tem um movimento tão grande, né, que há oportunidade pra todos“. (M10)

**APÊNDICE K - ELABORAÇÃO DAS CATEGORIAS E UNIDADES DE REGISTRO MAIS FREQUENTES - TEMÁTICA 4 – ENFERMEIROS(AS)**

Quadro 8 – Temática 4 - Processos de trabalho no cenário da residência obstétrica.

4 - Processos de trabalho no cenário da residência obstétrica.			
Categoria	Indicador	Unidades de Registro	
Definição de processos de trabalho	Baixo risco - acompanhado pela EO	“(…) os médicos já têm consciência da divisão. Se é baixo risco, eles sabem que é da enfermagem, a prioridade é da enfermagem, se é alto risco...(…)”. (E1)	
		“(…) quando ela é de alto risco, ela já é internada no setor de alto risco e a equipe médica acompanha aquele parto. Quando é classificado de risco habitual, já vai para o baixo risco, já fica a enfermeira obstétrica acompanhando. Só que é um acompanhamento compartilhado, se tiver alguma intercorrência, o enfermeiro passa para a equipe médica”. (E2)	
		“(…) porque foi negociado, a gente fica com os partos de baixo risco”. (E3)	
		“As residentes realizam avaliação de todas as mulheres no setor e, a partir da avaliação de risco habitual, escolhe a parturiente ao qual irá acompanhar junto com os residentes de medicina (...)”. (E5)	
		“(…) a gente está conseguindo hoje os residentes médicos e enfermeiras se entenderem, eles dividem, eles se completam. Lá não tem como a gente separar, porque está muito tumultuado, um canto que só cabia uma mulher, tem três, mas assim, a gente, enfermeira, a gente sabe qual é o parto que é nosso”. (E6)	
		“(…) a gente faz um levantamento de todas as gestantes, eles fazem uma avaliação geral, espera eles avaliarem todas e aí em cima dessa avaliação, que é feita pela equipe médica, que a gente identifica em conjunto aquelas de risco habitual. Então, as de risco habitual, eles sabem que a gente, estando no plantão, eles já sabem que ficam sob os meus cuidados, né (...)”. (E8)	
		“Hoje, a gente tem uma boa interação com a residência médica, eles mesmos já direcionam algumas vezes, olha, essa aqui é interessante pra vocês, essa aqui é baixo risco, ou a gente vai lá e pede pro médico, oh, doutor, a gente quer acompanhar essa, avisa. Aí eles não mexem”. (E9)	
		A gente passa as visitas nas parturientes (...) e a equipe médica determina aquelas pacientes que de fato são consideradas de baixo risco que a enfermagem poderia assumir. Então, quando a gente chega no plantão, a gente já seleciona, entre aspas, aquelas pacientes que têm menos riscos de evoluir pra alguma complicação, que vai precisar de uma intervenção médica e a gente combina com eles que, a partir daquele momento, a enfermagem está assumindo aquela paciente e, a partir dali, eles não interferem mais na conduta”. (E10)	
		Não está sistematizado	“Ainda a gente não tem bem sistematizado (...)”. (E4)
			“(…) de certa forma é tudo de todo mundo, entende. Então, não tem assim, só aquela paciente que eu vou avaliar e só eu vou conduzir, entende, mesmo se aquela paciente seja de risco habitual”. (E11)
“Não tem uma separação de pacientes de baixo risco e alto risco até o momento porque a gente está propondo, com esse protocolo, é fazer com que os partos de baixo risco fiquem com a enfermagem obstétrica e os outros partos com o pessoal da residência médica e internos. Mas ainda não existe essa definição”. (E12)			

**APÊNDICE L - ELABORAÇÃO DAS CATEGORIAS E UNIDADES DE REGISTRO MAIS  
FREQUENTES - TEMÁTICA 5 – MÉDICOS (AS)**

Quadro 9 – Temática 5 - Os preceptores na busca pela atualização das evidências científicas

5 - Os preceptores na busca pela atualização das evidências científicas		
Categoria	Indicador	Unidades de Registro
Busca pela atualização das evidências científicas	Iniciativa própria	“Não existe nada institucionalizado, cada um por si”. (M1)
		“É individual. É uma coisa assim, cada preceptor de acordo com o interesse dele, ele busca atualizações e novos conhecimentos”. (M4)
		“Com relação à formação e ao aperfeiçoamento da gente, não é uma coisa que é obrigatória, mas eu acho que cada um busca, está atrás, por exemplo, de ir a congressos, mas isso é muito individual, de cada um, mas sempre tem, isso é muito pessoal”. (M6)
		“Isso é atualização individual, iniciativa própria, cada profissional busca se atualizar nos congressos, nos eventos, a Secretaria não tem participação nisso”. (M10)
		“O tempo todo, diariamente. congressos, internet, encontros, educação continuada, universidade, contato com os alunos, com os residentes, com os internos. É uma busca muito individual e pessoal, nem todos têm esse pensamento, mas como eu gosto da minha profissão, eu procuro melhorar sempre”. (M11)
	Lacuna	“Pois é, na verdade, isso aí tem que ser proporcionado pela instituição, não é?”. (M3)
“Não temos educação continuada para preceptores. Nenhuma programação. A busca é individual. Ele tem que buscar”. (M9)		
“A SES não oferece nenhum programa de capacitação, de atualização para esses preceptores, tanto que a grande maioria deles, eles sabem a parte teórica, né, mas os instrumentos que a gente utiliza para ser um preceptor de excelência, realmente eles não sabem, porque não lhe foram ofertadas essas possibilidades de aprendizado”. (M18)		
Uniformidade em relação à formação	Alinhamento de condutas	“Nós não temos, aqui no serviço, reunião de atualização dos preceptores, eu também acho que é uma falha. Mas assim, o grupo é heterogêneo e nem todos acham necessário isso daí”. (M4)
		“(…) então não existe um programa da Secretaria de Saúde nessa busca de uma educação permanente em relação essa questão da atualização da medicina baseada em evidências, da ciência baseada em evidências. Então essa busca acaba sendo mais individualizada e isso talvez não leve a uma uniformidade em relação à formação”. (M5)
		“A gente está trabalhando pra voltar com as reuniões frequentes de Unidade, discutindo os casos de insucesso, né, e trabalhando tanto com a preceptorial quanto com os Staffs”. (M12)
	Necessidade profissional	“A Secretaria não dá esse estímulo, então é uma pena porque a gente poderia ir em outros serviços, eu por exemplo, tenho uma curiosidade muito grande de ir no de Belo Horizonte, que é o Sofia Feldman, (...) até pra trazer algumas coisas de benefícios positivos, mas por enquanto vamos ficando no livro, vamos aprendendo, reciclando em congresso, se atualizando em aulas”. (M7)
		“Com as aulas você é obrigado a estudar, você tem que se preparar pra dar aulas e até pro dia a dia, né, você tem que estar atualizado(...)”. (M13)

		<p>“A gente tem as aulas com os meninos, então, todos os anos, os rodízios de aulas são diferentes. Então, como a gente tem aula junto com eles, não são aulas só de capítulo de livros, a gente tem que trazer estudos de caso, evidências científicas, alguma coisa assim, então isso faz com que a gente fique estudando também”. (M14)</p>
		<p>“(…) e a própria exigência do residente, que eu acho que é o mais importante, porque eles trazem uma demanda, eles se atualizam e eles fazem essa exigência e isso nos impulsiona a ir atualizar”. (M17)</p>

**APÊNDICE M - ELABORAÇÃO DAS CATEGORIAS E UNIDADES DE REGISTRO MAIS  
FREQUENTES - TEMÁTICA 5 – ENFERMEIRAS(AS)**

Quadro 10 – Temática 5 - Os preceptores na busca pela atualização das evidências científicas

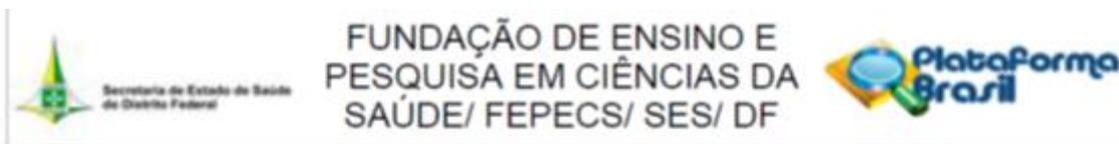
5 - Os preceptores na busca pela atualização das evidências científicas		
Categoria	Indicador	Unidades de Registro
Busca pela atualização das evidências científicas	Iniciativa própria	“A iniciativa é nossa, geralmente a gente procura sempre estar presente nos congressos, nos eventos, né...(...)”. (E1)
		“É iniciativa própria, pelo menos as coisas que eu tenho feito é por fora”. (E2)
		“A gente vai para os congressos, aí quando a gente pega uma evidência mais atual, a gente passa para os demais”. (E3)
		“Olha, primeiro a gente tem que ter uma busca nossa, individual porque eu preciso estar capacitada para os alunos (...)”. (E6)
		“Dos preceptores, é iniciativa própria, eu, por exemplo, vivo nos congressos, né. Eu vou pelo menos um ou dois por ano, eu gosto de ir”. (E7)
		“Então, eu vejo que, na verdade, a gente que tem que ir mais atrás, de se reciclar, de estar em busca de novos conhecimentos, participar de congresso, de conferência, de simpósio”. (E10)
	Lacuna	“Essa é uma lacuna. A gente não consegue se reunir pra falar de programa, quanto mais de treinamento, né, em termos dos preceptores da Secretaria toda, né”. (E4)
		“Na prática, eu acho que não tem (...)”. (E8)
		“O programa de residência em si, ele não dá muito treinamento pra gente, não”. (E9)
		“Eu desconheço. Então, assim, qualquer busca por conhecimento vem ocorrer até o momento é por meu interesse, por minha iniciativa”. (E11)
		“A gente não tem infelizmente assim, a Secretaria não trabalha com a gente para essa capacitação. Então, cada um busca individualmente estar capacitado”. (E13)
		“Eu não sei se tem cursos que eu tenho que fazer a cada período pra ser preceptora, até o momento não fiz nenhum (...) Eu acredito que a Secretaria tem muito o que melhorar nesse aspecto de incentivar os servidores a estudar. Porque não tem incentivo, não tem”. (E14)
	Ofertado pela SES/DF	“A FEPECS oferta anualmente uma atualização aos preceptores sobre metodologia ativa e práticas educacionais”. (E5)
		“(…) a própria SES/DF oferece cursos de atualização”. (E12)

## ANEXO A - TELA DO QRS NVIVO®

Nome	Arquivos	Referências	Criado em	Criado por	Modificado em	Modificado por
Abordagem das boas práticas de atenção ao parto e nascimento		14	14 28/08/2018 19:07	EMPC	28/08/2018 20:04	EMPC
Conteúdo Programático		4	4 28/08/2018 19:12	EMPC	28/08/2018 20:04	EMPC
Momento teórico e momento prático		14	14 28/08/2018 19:13	EMPC	28/08/2018 20:04	EMPC
Práticas demonstrativamente úteis		14	14 28/08/2018 20:05	EMPC	28/08/2018 21:58	EMPC
Intervenções desnecessárias que permanecem na assistência ao parto		1	1 29/08/2018 08:35	EMPC	29/08/2018 08:35	EMPC
Práticas utilizadas de modo inadequado		11	13 29/08/2018 08:36	EMPC	29/08/2018 09:33	EMPC
Práticas semi evidências - devem ser utilizadas com cautela		9	9 29/08/2018 08:38	EMPC	29/08/2018 09:34	EMPC
Práticas claramente prejudiciais		13	19 29/08/2018 08:41	EMPC	29/08/2018 09:38	EMPC
Uniformidade de condutas no parto normal		14	14 29/08/2018 09:50	EMPC	29/08/2018 10:04	EMPC
Lacuna		9	9 29/08/2018 09:52	EMPC	29/08/2018 10:03	EMPC
Protocolo da Unidade		5	5 29/08/2018 09:54	EMPC	29/08/2018 10:05	EMPC
Processos de trabalho no cenário de assistência ao parto		10	10 29/08/2018 10:13	EMPC	29/08/2018 10:28	EMPC
BAIXO RISCO - Assisted por EO		12	12 29/08/2018 10:16	EMPC	29/08/2018 10:34	EMPC
Indefinição		2	2 29/08/2018 10:33	EMPC	29/08/2018 10:34	EMPC
A formação de preceptores e tutores		14	14 29/08/2018 11:28	EMPC	29/08/2018 11:41	EMPC
Iniciativa própria		7	7 29/08/2018 11:28	EMPC	29/08/2018 11:38	EMPC
Lacuna		5	5 29/08/2018 11:31	EMPC	29/08/2018 11:41	EMPC
Ofertado pela SES DF		2	2 29/08/2018 11:33	EMPC	29/08/2018 11:39	EMPC

Tela do QRS NVivo® com os “nós de árvore” que formaram os temas e subtemas de análise.  
Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

**ANEXO B - CARTA DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA SECRETARIA  
DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL**



**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** ANÁLISE DA FORMAÇÃO DE MÉDICOS E ENFERMEIROS OBSTETRAS COM BASE NA DIRETRIZ NACIONAL DE ASSISTÊNCIA AO PARTO NORMAL NO DISTRITO FEDERAL

**Pesquisador:** ELISABETE MESQUITA PERES DE CARVALHO

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 66007416.3.0000.5553

**Instituição Proponente:** Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 2.166.900

**Apresentação do Projeto:**

Inalterado em relação ao Parecer Consubstanciado de 27/03/2017 do CEP/FEPECS/SES/DF.

**Objetivo da Pesquisa:**

Inalterado em relação ao Parecer Consubstanciado de 27/03/2017 do CEP/FEPECS/SES/DF.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Inalterado em relação ao Parecer Consubstanciado de 27/03/2017 do CEP/FEPECS/SES/DF.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Inalterado em relação ao Parecer Consubstanciado de 27/03/2017 do CEP/FEPECS/SES/DF.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

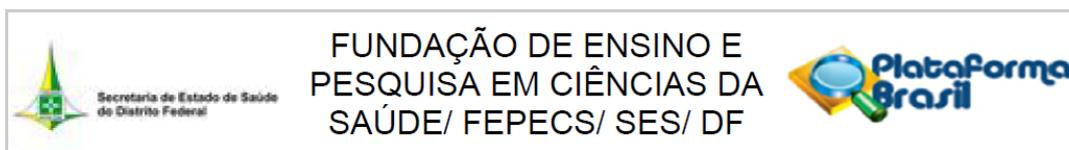
Inalterado em relação ao Parecer Consubstanciado de 27/03/2017 do CEP/FEPECS/SES/DF.

**Recomendações:**

Pendencia solicitada no Parecer Consubstanciado de 27/03/2017 do CEP/FEPECS/SES/DF:

\*Falta anexar na PB o instrumento de coleta de dados com questões abertas aos coordenadores e preceptores dos cursos de residência com vistas a identificar como o tema das boas práticas obstétricas é trabalhado na vivência dos alunos. Pendência atendida

<b>Endereço:</b> SM-IN 2 Qd 501 BLOCO A - FEPECS	<b>CEP:</b> 70.710-904
<b>Bairro:</b> ASA NORTE	
<b>UF:</b> DF	<b>Município:</b> BRASÍLIA
<b>Telefone:</b> (61)3325-4955	<b>Fax:</b> (61)3254-9551
	<b>E-mail:</b> comitedeetica.secretaria@gmail.com



Continuação do Parecer: 2.166.900

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Pendência atendida, projeto aprovado.

**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_812161.pdf	30/06/2017 12:17:04		Aceito
Outros	ROTEIRO_ENTREVISTA.pdf	09/05/2017 07:17:42	ELISABETE MESQUITA PERES DE CARVALHO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.doc	10/03/2017 18:20:49	ELISABETE MESQUITA PERES DE CARVALHO	Aceito
Outros	TermoANUENCIA.pdf	10/03/2017 17:54:51	ELISABETE MESQUITA PERES DE CARVALHO	Aceito
Outros	CurricVitaeLEILA_GOTTEMS.doc	10/03/2017 17:49:52	ELISABETE MESQUITA PERES DE CARVALHO	Aceito
Outros	CurricVitae_DIRCE_GUILHEM.doc	10/03/2017 17:49:24	ELISABETE MESQUITA PERES DE CARVALHO	Aceito
Outros	CurricVitaeELISABETE.doc	10/03/2017 17:48:57	ELISABETE MESQUITA PERES DE CARVALHO	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	22/12/2016 08:54:02	ELISABETE MESQUITA PERES DE CARVALHO	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO.pdf	22/12/2016 08:39:37	ELISABETE MESQUITA PERES DE CARVALHO	Aceito
Folha de Rosto	FOLHA_DE_ROSTO.pdf	22/12/2016 08:05:45	ELISABETE MESQUITA PERES DE CARVALHO	Aceito

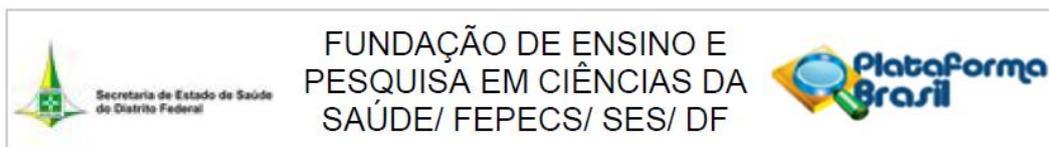
**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Endereço:** SMHN 2 Qd 501 BLOCO A - FEPECS  
**Bairro:** ASA NORTE **CEP:** 70.710-904  
**UF:** DF **Município:** BRASILIA  
**Telefone:** (61)3325-4955 **Fax:** (63)3254-9551 **E-mail:** comitedeetica.secretaria@gmail.com



Continuação do Parecer: 2.166.900

BRASILIA, 10 de Julho de 2017

---

**Assinado por:**  
**Geisa Sant Ana**  
**(Coordenador)**

**Endereço:** SMHN 2 Qd 501 BLOCO A - FEPECS  
**Bairro:** ASA NORTE **CEP:** 70.710-904  
**UF:** DF **Município:** BRASILIA  
**Telefone:** (61)3325-4955 **Fax:** (61)3254-9551 **E-mail:** comitedeetica.secretaria@gmail.com