UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

ESTEFÂNIA SANTOS GONÇALVES FÉLIX GARCIA

**Formação e inserção profissional de Enfermeiras Obstétricas egressas de
um Curso de Residência**

RIBEIRÃO PRETO

2019

ESTEFÂNIA SANTOS GONÇALVES FÉLIX GARCIA

**Formação e inserção profissional de Enfermeiras Obstétricas egressas de
um Curso de Residência**

Versão Original

Tese apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Doutor em Ciências, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem em Saúde Pública.

Linha de Pesquisa: Educação, Tecnologia Educacional, Formação em Docência, Saúde e Enfermagem

Orientadora: Profa. Dra. Maria José Clapis

Co-orientadora: Profa. Dra. Clícia Valim Côrtes Gradim

RIBEIRÃO PRETO

2019

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Garcia, Estefênia Santos Gonçalves Félix

Formação e inserção profissional de Enfermeiras Obstétricas egressas de um Curso de Residência. Ribeirão Preto, 2019.
145 p. : il. ; 30 cm

Tese de Doutorado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Enfermagem Saúde Pública.

Orientadora: Maria José Clapis

Versão original

1. Enfermagem Obstétrica. 2. Enfermagem. 3. Obstetrícia. 4. Educação em Saúde.

GARCIA, Estefânia Santos Gonçalves Félix

Formação e inserção profissional de Enfermeiras Obstétricas egressas de um Curso de Residência

Tese apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Doutor em Ciências,
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem em Saúde Pública.

Aprovado em / /

Presidente

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Comissão Julgadora

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho, primeiramente, ao meu amado Senhor Jesus, por ter conquistado, antes de tudo, todas as vitórias por mim naquela cruz.

Ao meu querido esposo, o amor da minha vida, José Antônio, por estar comigo nessa jornada que lhe produziu, muitas vezes, abdicação de sua própria vida para viver a minha. Me sinto tão amada e lhe dou o meu amor! Obrigada, sem você, não seria possível!

As minhas filhas, Sara, Laura e Priscila (filha do coração), por acreditarem na concretização desse sonho. Ao meu filho, meu pequeno Davi, pela paciência com a mamãe nas muitas ausências e incontáveis horas no computador. Vocês me inspiram!

AGRADECIMENTO ESPECIAL

*À querida professora Dr^a Maria José Clapis, por
tão amorosamente me receber e compartilhar
comigo momentos preciosos de aprendizado,
sempre repletos de sabedoria e de simplicidade.
Obrigada pela disponibilidade, pela dedicação, pela
paciência e pela compreensão com minhas idas e
vindas (Minas-Gerais e São Paulo). Em especial, lhe
agradeço por acreditar em minha capacidade de
concluir este trabalho.*

AGRADECIMENTOS

A Deus, pela força nos momentos difíceis em que a vontade de desistir prevalecia. Obrigada por estar comigo nesta jornada de crescimento, de aprendizagem e por permitir que os laços familiares fossem tão fortalecidos.

A professora Dr^a Clícia Valim Côrtes Gradim que, em momentos de indefinição, gentilmente se dispôs a contribuir de forma tão rica no referencial teórico e metodológico deste estudo. Você é uma amiga muito especial.

A professora Dr^a Eliana Peres Rocha Carvalho Leite, por sempre me conduzir às melhores conexões para êxito de minha vida profissional. De um modo privilegiado, Deus colocou você em minha vida como uma grande referência da área materno-infantil. Obrigada, por essa amizade tão linda. É inexplicável esse compartilhar de amor!

À coordenadora do curso de residência em Enfermagem obstétrica Eliana Peres Rocha Carvalho Leite, a diretora Eliza Maria Rezende Dázio e vice-diretora Maria Betânia Tinti de Andrade da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Alfenas, por tornarem possível a execução deste trabalho.

Às professoras Dr^a Patrícia Mônica Ribeiro, Mônica Silva, Juliana Monteiro, Christianne Calheiros, Eliana Peres, Marli Mamede por gentilmente aceitarem fazer parte dessa banca. Professora Christianne, obrigada, por que de maneira tão despretensiosa me ganhou para a obstetrícia.

Às egressas do curso de Residência em Enfermagem Obstétrica, por compartilharem comigo suas experiências enquanto residentes e tornar possível a concretização deste trabalho. Vocês se tornaram para mim um exemplo de resiliência. Sucesso a todas!

À coordenadora do curso de Enfermagem do Centro Universitário do Sul de Minas - Grupo Unis - Patrícia Alves Pereira Carneiro, por todo apoio nesta conquista desde o princípio, sempre colaborando com minhas escalas, dias de aula e necessidades que surgiam. Você é muito especial para mim.

Aos meus pastores, Aloncio Soares e Edna Soares. Vocês são a expressão do amor e da graça de Deus, verdadeiros pais espirituais. Obrigada, por estarem comigo e com minha família nessa trajetória, sempre acreditando que esta oportunidade advinha do Senhor. O apoio e as orações de vocês foram fundamentais para o alcance desta conquista. Amo vocês!

A amada sobrinha Claudia Dionara, mais que uma irmã! Obrigada, por aquele momento de tantas angústias em que pensei em desistir. Então veio você, tão cheia de amor e me abriu os olhos, me levou a crer na vitória de que este título era promessa do Senhor em minha vida! Foi definidora aquela conversa.

A querida amiga Andreia Cristina (Titi), o seu apoio e o seu amor incondicional tem me surpreendido a cada dia. Obrigada por fazer parte da minha vida, da minha casa e em especial da vida dos meus filhos!

Às amigas especiais, Elaine Capanema, Maria do Rosário, Alexandra de Oliveira e Aline Pereira Lima. Obrigada, por compreenderem as minhas ausências por estar trabalhando na pesquisa. Vocês me levarem a olhar e contemplar o fim das coisas como sendo melhor que o seu começo. "Há amigos mais chegados que irmãos". Pv 18:24. Vamos brindar juntas essa conquista!

À professora Aparecida Donizetti Paes, pela disponibilidade nas correções textuais da língua portuguesa.

À pós-graduação da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, por me acolherem e por tornarem possível a concretização deste sonho.

EPIÍGRAFE

"Consagre ao Senhor tudo o que você faz, e os seus planos serão bem sucedidos".

Provérbio 16:3

RESUMO

GARCIA, Estefânia Santos Gonçalves Félix. **Formação e inserção profissional de Enfermeiras Obstétricas egressas de um Curso de Residência**. 2019. 144 f. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2019.

A qualificação profissional adquirida por meio da residência em enfermagem obstétrica é considerada uma formação diferenciada. É apropriado que o egresso desse curso seja capaz de assumir responsabilidades e atue na tomada de decisões, sendo capaz de oferecer uma assistência humanizada e qualificada nas mais diversas situações que envolvem a atenção à mulher e ao recém-nascido. Estudo qualitativo que objetivou analisar a formação e inserção profissional de enfermeiras egressas de um curso de Residência em Enfermagem Obstétrica, na perspectiva de fortalecimento da atenção qualificada ao parto e nascimento. Para alcançar esse objetivo, optou-se por utilizar o Interacionismo Simbólico (IS) e a Teoria Fundamentada nos Dados (TFD) como referencial teórico e metodológico. A população foi constituída por 12 enfermeiras egressas do curso certificadas entre 2015 a 2017. A coleta de dados ocorreu por meio de entrevista que contou com instrumento próprio, semiestruturado, a fim de caracterizar as participantes, o qual contou também com as questões norteadoras do estudo. A análise dos dados coletados por meio da entrevista estruturada, possibilitou atingir os objetivos propostos no estudo e evidenciou a contribuição da residência na formação, na inserção e na experiência profissional para atuação ao mercado de trabalho. A inserção profissional das egressas foi permeada por suas afinidades pessoais, com destaque para a área de atuação profissional, entre estas, a atenção primária, em maternidades na assistência ao parto, ao nascimento e ao puerpério, no empreendedorismo e na microempresa, com a ênfase no parto domiciliar e na consultoria materno-infantil. O estudo mostrou, ainda, o interesse de parte das egressas pela formação acadêmica *stricto sensu* após a conclusão do curso. As reflexões acerca da atuação e autonomia profissional da Enfermeira Obstétrica perpassaram pelos entraves entre médico e enfermeira, o reconhecimento profissional e teve predomínio nos aspectos relacionados ao modelo assistencial biomédico. A autonomia profissional das residentes foi relatada como limitada e condicionada às demandas do trabalho médico e ao restrito apoio das preceptoras das unidades hospitalares. Entretanto, o caminho para a autonomia profissional foi evidenciado pelo fato de as egressas se reconhecerem com habilidades, com competência e com coragem para buscar a transformação do modelo de assistência considerado por elas retrógrado. Ao descrever sobre o caminho para a autonomia profissional na residência e a inserção delas ao mercado de trabalho, associamos o residente como o dispositivo central da trajetória nessa modalidade de pós-graduação.

Palavras-chave: Enfermagem Obstétrica; Enfermagem; Obstetrícia; Educação em Enfermagem

ABSTRACT

GARCIA, Estefânia Santos Gonçalves Félix. **Training and professional insertion of the Obstetric Diseases Course from a Residency**. 2019. 144 f. Thesis (Doctorate) - School of Nursing of Ribeirão Preto, University of São Paulo, Ribeirão Preto, 2019.

The professional qualification acquired through the obstetric nursing residency is considered a differentiated training. It is appropriate that the egress of this course is able to assume responsibilities and act in decision-making processes, being able to offer a humanized and qualified assistance in the most diverse situations involving the care to the woman and the newborn. This qualitative study aimed to analyze the training and the professional insertion of nurses who were egresses of an Obstetric Nursing Residency course, from the perspective of strengthening the qualified care to the delivery and birth. In order to achieve this goal, we decided to use Symbolic Interactionism (IS) and Grounded Theory (GT) as the theoretical and methodological framework. The population consisted of 12 nurses who were egresses of the course certified between 2015 and 2017. Data collection took place through an interview that had its own semi-structured instrument, in order to characterize the participants, which also included the guiding questions of the study. The analysis of the data collected through the structured interview enabled us to reach the goals proposed in the study and highlighted the contribution of the residency in the training, insertion and professional experience to act in the labor market. The professional insertion of the egresses was permeated by their personal affinities, highlighting the area of professional practice, including primary care, in maternities in delivery, birth and puerperal care, entrepreneurship and microenterprise, with emphasis on home delivery and maternal-child consultancy. The study also showed the interest of part of the egresses for the *stricto sensu* academic training after the conclusion of the course. The reflections on the performance and professional autonomy of the Obstetric Nurse permeated the barriers between physician and nurse, the professional recognition and had a predominance in aspects related to the biomedical care model. The professional autonomy of the residents was reported as limited and conditioned to the demands of the medical work and to the restricted support of the preceptors of the hospital units. Nevertheless, the path to professional autonomy was highlighted by the fact that the egresses recognized themselves with skills, competence and courage to seek the transformation of the care model considered obsolete. When describing the path to professional autonomy in residency and their insertion in the labor market, we associate the resident as the key device of the trajectory in this graduate modality.

Keywords: Obstetric Nursing; Nursing; Obstetrics; Nursing Education.

RESUMEN

GARCIA, Estefânia Santos Gonçalves Félix. **Capacitación e inserción profesional del Curso de Enfermedades Obstétricas desde una residencia**. 2019. 144f. Tesis (Doctorado) - Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo, Ribeirão Preto, 2019.

La calificación profesional adquirida mediante la residencia en enfermería obstétrica se considera una formación diferenciada. Es apropiado que el egresado de este curso pueda asumir responsabilidades y actuar en la toma de decisiones, pudiendo ofrecer asistencia humanizada y calificada en las situaciones más diversas que involucran la atención a la mujer y al recién nacido. Estudio cualitativo que pretendió analizar la formación y la inserción profesional de enfermeras egresadas de un curso de Residencia en Enfermería Obstétrica, desde la perspectiva de fortalecimiento de la atención calificada al alumbramiento y al nacimiento. Para lograr este objetivo, se decidió utilizar el Interaccionismo Simbólico (IS) y la Teoría Fundamentada en los Datos (TFD) como marco teórico y metodológico. La población consistió en 12 enfermeras egresadas del curso certificadas entre 2015 y 2017. La recopilación de datos tuvo lugar mediante una entrevista que tenía su propio instrumento semiestructurado, con miras a caracterizar a los participantes, que también incluía las preguntas orientadoras del estudio. El análisis de los datos recopilados mediante la entrevista estructurada permitió alcanzar los objetivos propuestos en el estudio y subrayó la contribución de la residencia en la formación, inserción y experiencia profesional para actuar en el mercado laboral. La inserción profesional de las egresadas estuvo impregnada de sus afinidades personales, destacando el área de la práctica profesional, entre ellas estaban la atención primaria, en los hospitales de maternidad en la asistencia al parto, nacimiento y puerperio, emprendimiento y microempresa, haciendo hincapié en el parto en casa y el asesoramiento materno-infantil. El estudio también mostró el interés de parte de las egresadas por la formación académica *stricto sensu* después de la conclusión del curso. Las reflexiones sobre el desempeño y la autonomía profesional de la Enfermera Obstétrica impregnaban las barreras entre el médico y la enfermera, el reconocimiento profesional y tuvo predominio en aspectos relacionados con el modelo asistencial biomédico. La autonomía profesional de las residentes se informó como limitada y condicionada a las demandas del trabajo médico y al apoyo restringido de las preceptoras de las unidades hospitalarias. Sin embargo, el camino hacia la autonomía profesional se subrayó por el hecho de que las egresadas se reconocieron con habilidades, competencia y coraje para buscar la transformación del modelo de asistencia considerado retrasado. Al describir el camino hacia la autonomía profesional en la residencia y la inserción en el mercado laboral, asociamos al residente como el dispositivo central de la trayectoria en esta modalidad de posgrado.

Palabras clave: Enfermería Obstétrica; Enfermería; Obstetricia; Educación en Enfermería.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 - Codificação aberta de acordo com o modelo da TFD. Exemplificando o agrupamento de códigos abertos.....	66
Quadro 2 - Codificação Axial de acordo com o modelo da TFD. Exemplificando a formação de subcategorias e categorias.....	67
Diagrama 1 - Identificando as contribuições da Residência Obstétrica na formação de enfermeiras qualificadas.....	73
Diagrama 2 - Atuando na Residência em Enfermagem Obstétrica nos diversos campos de prática com vistas ao fortalecimento da formação qualificada.....	96
Diagrama 3 - CATEGORIA CENTRAL: A Residência em Enfermagem Obstétrica para as egressas do curso conferiu formação para atuação qualificada e inserção ao mercado de trabalho com vistas a autonomia profissional.....	120

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

UNIFAL - MG	Universidade Federal de Alfenas - Minas Gerais
PRONAENF	Programa Nacional de Residência em Enfermagem Obstétrica
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
OPAS	Organização Pan Americana da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
INEP	Instituto Nacional de Pesquisas Educacionais
MEC	Ministério da Educação e Cultura
ICM	Confederação Internacional das Parteiras
ABEN	Associação Brasileira de Enfermagem
ABENFO	Associação Brasileira de Obstetristas e Enfermeiros Obstetras
CFE	Conselho Federal de Educação
MS	Ministério da Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
PNAISM	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher
PHPN	Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento
IES	Instituição de Ensino Superior
CPN	Centro de Parto Normal
IS	Interacionismo Simbólico
TFD	Teoria Fundamentada nos Dados
EERP/USP	Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - Universidade de São Paulo
CLT	Consolidação das Leis do Trabalho
EO	Enfermeira Obstétrica
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
PP	Projeto Pedagógico
ONU	Organização das Nações Unidas
ODS	Objetivos do Desenvolvimento Sustentável

SUMÁRIO

1 Introdução	21
2 Objetivos.....	27
2.1 Objetivo geral.....	28
2.2 Objetivos específicos	28
3 Revisão da Literatura - A formação profissional por meio da Residência em Enfermagem Obstétrica.....	29
4 Referencial Teórico - O Interacionismo Simbólico	37
4.1 Escolha da Abordagem	38
4.2 O Interacionismo Simbólico	38
4.3 A articulação do Interacionismo Simbólico com o objeto de estudo.....	45
5 Referencial Metodológico - A Teoria Fundamentada nos Dados.....	47
5.1 A <i>Grounded Theory</i> ou Teoria Fundamentada nos Dados.....	48
5.2 Etapas para a construção da <i>Grounded Theory</i>	49
5.2.1 Coleta de dados empíricos	49
5.2.2 Procedimento de codificação ou análise de dados.....	51
6 O Caminhar Metodológico da Pesquisa	54
6.1 Tipo de Estudo	55
6.2 Contexto Social do Estudo	55
6.3 As atrizes participantes da pesquisa.....	56
6.3.1 Conhecendo as atrizes sociais.....	57
6.4 Aspectos éticos da pesquisa	62
6.5 Teste-Piloto da Pesquisa	62
6.6 Procedimentos para Coleta de Dados	63
6.7 Procedimentos de análise de dados	65
7 Resultados e Discussão.....	69
7.1 Caracterização das Atrizes Sociais	70
7.2 Construindo os Diagramas	72

7.3 Diagrama 1 - Identificando as Contribuições da Residência Obstétrica na Formação de Enfermeiras Qualificadas	73
7.3.1 Categoria: Contribuição da Residência em Enfermagem Obstétrica.....	74
7.3.1.1 Subcategoria: Formação Profissional	74
7.3.1.2 Subcategoria: Inserção Profissional	82
7.3.1.3 Subcategoria: Experiência profissional da residente	88
7.3.1.4 Subcategoria: Autonomia Profissional para a atuação	92
7.4 Diagrama 2 - Atuando na Residência em Enfermagem Obstétrica nos diversos cenários de prática com vistas ao fortalecimento da formação qualificada	96
7.4.1 Categoria: Atuando na Residência em Enfermagem Obstétrica nos diversos cenários de prática com vistas ao fortalecimento da formação qualificada.....	98
7.4.1.1 Subcategoria: A Preceptorial nos Cenários de Atuação Prática.....	98
7.4.1.2 Subcategoria: Entraves entre Médico e Enfermeira X o Reconhecimento Profissional.....	104
7.4.1.3 A Atuação da Enfermeira Obstétrica na Atenção Primária e Hospitalar	110
7.4.1.4 Atuação da Enfermeira Obstétrica- “O Real e o Imaginário”	116
7.5 Diagrama 3 - Categoria Central: A Residência em Enfermagem Obstétrica para as egressas do curso conferiu formação para a atuação qualificada e a inserção ao mercado de trabalho com vistas à autonomia profissional.....	120
<i>8 Considerações Finais e Limitações do Estudo</i>	<i>124</i>
<i>Referências.....</i>	<i>128</i>
<i>Apêndices</i>	<i>139</i>
<i>Anexo</i>	<i>144</i>

Apresentação

A temática atenção ao parto e nascimento, bem como o processo de formação profissional dos enfermeiros envolvidos nessa assistência, despertou-me interesse ainda na graduação em Enfermagem. Durante o estágio curricular na disciplina de Saúde da Mulher I e II, na convivência com a equipe de enfermagem a qual atendia mulheres no ciclo grávido-puerperal, observei deficiências na assistência qualificada, o que indicava falhas na formação as quais me provocaram inquietações.

Ao término da graduação, tive a oportunidade de atuar como enfermeira em uma maternidade do Sul de Minas Gerais e, em seguida, comecei a cursar a especialização em Enfermagem Obstétrica no Estado de São Paulo, já que minha região não contava com cursos de formação especializada na área.

Nessa época, foi evidente a necessidade de qualificação de profissionais da área no Estado. Todos os profissionais com que comecei a conviver enquanto enfermeira da maternidade atuavam sem conhecimento baseado em evidência científica. Eram profissionais bem intencionados, porém necessitavam de formação qualificada.

Considero que esse período foi bastante favorável, pois tive a oportunidade de me qualificar profissionalmente, ao mesmo tempo em que atuava diretamente na assistência obstétrica.

Nesse ínterim, juntamente com a supervisão da maternidade e com a especialização em enfermagem obstétrica em andamento, ingressei no mestrado pela Universidade Federal de Alfenas - UNIFAL-MG e desenvolvi um estudo sobre “A atuação da equipe de enfermagem na assistência às gestantes e puérperas do município de Alfenas-MG”, que resultou na dissertação para conclusão do mestrado em 2013. Esse estudo revelou a necessidade de maior investimento na qualificação dos profissionais de enfermagem que atuam nessa área.

Durante esse período e em pleno desenvolvimento do referido estudo, em cumprimento ao Edital nº 21 de 5/09/2012 da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde que trata do Programa Nacional de Bolsas de Residência em Enfermagem Obstétrica – PRONAENF, a Escola de Enfermagem da UNIFAL-MG submeteu o projeto Residência em Enfermagem Obstétrica, em parceria com a Secretaria Municipal de Alfenas e com a Casa de Caridade de Alfenas “Nossa Senhora do Perpétuo Socorro”.

Com a aprovação do projeto, foi-me conferida a oportunidade de participar como preceptora das residentes, hoje egressas da primeira turma, nesse processo de formação profissional. Deixei a supervisão de enfermagem na maternidade e a preceptoria das residentes

em 2014 quando enfim realizei outro grande sonho, participar do processo de formação profissional de enfermeiros como docente do ensino superior.

Ainda assim, continuo contribuindo na formação profissional das residentes do Programa de Residência, participando como docente convidada em diversas disciplinas teóricas, ministrando conteúdos relacionados à assistência obstétrica nos dois semestres do ano.

É interessante observar que, por tudo isso, acabei tendo um ponto de congruência com as egressas do curso: dada minha atuação como enfermeira obstétrica na instituição que viria a ser parceira do curso de residência, onde eu assumi a preceptoría da prática hospitalar das residentes da primeira turma.

Atualmente, a convivência se mantém, pois, em minha atuação como docente e supervisora de estágio, encontro com alunas em formação pela residência e também com egressas do curso que atuam como enfermeiras obstétricas nesse mesmo serviço.

Ainda hoje, como profissional atuante na área, verifico que existem políticas para inserção do enfermeiro obstétrico nas instituições de saúde conforme resolução do COFEN Nº 0516/2016, e a OPAS/OMS (COFEN, 2016; OPAS/OMS, 2019). Mas, observo que, mesmo havendo legislação, ainda são notórias as dificuldades referentes à inserção do enfermeiro e à aceitação pela classe médica e pela gestão hospitalar desse profissional de um modo geral.

Durante esses anos desenvolvendo pesquisas e atuando na assistência materno-infantil, tenho observado como é indispensável a qualificação profissional do enfermeiro que atua nessa área sendo esse o motivo pelo qual me sinto encorajada a explorar mais o conhecimento relacionado ao processo de formação profissional de enfermeiras, na modalidade residência obstétrica.

Frente às experiências mencionadas, observo a importância da qualificação profissional como uma preocupação que deve ser constante e baseada em evidências científicas.

1 Introdução

Um importante componente do processo de avaliação dos programas de pós-graduação *Stricto e lato sensu* é constituído pelo seguimento dos egressos. Esses estudos são escassos e os resultados são importantes, pois fornecem subsídios para aprimorar os processos de formação acadêmica e profissional, no sentido de fazer os ajustes necessários para atender aos objetivos dos programas de ensino (GUTIÉRREZ; BARROS; BARBIERI, 2019).

O conhecimento ampliado acerca dos egressos contribui com a avaliação do Instituto Nacional de Pesquisas Educacionais (INEP) do Ministério da Educação e Cultura (MEC), que reforça a investigação a respeito dos egressos como uma necessidade (HIGA, et al., 2013).

Além disso, estudos de egressos de graduação e de pós-graduação também são importantes para a necessária ampliação desses programas para que seja realizada e complementada a avaliação do processo de aprendizagem, que tem por objetivo conhecer o potencial formador da instituição, as exigências da sociedade, o produto final do trabalho pedagógico e, ainda, a absorção e perspectiva desses profissionais no mercado de trabalho (CANEVER, et al., 2014).

A qualificação profissional adquirida, por meio da modalidade residência, é considerada uma formação diferenciada. Os educadores no processo de formação profissional se deparam com grande desafio, o qual consiste em inserir no competitivo mercado de trabalho profissionais com aptidão a responder às demandas de uma sociedade extremamente complexa. O egresso com tal formação possui qualificação profissional permeada na ênfase de uma educação humanista, com promoção da própria construção como sujeitos críticos, autônomos e com capacidade de transformação (JESUS, et al. 2013).

A formação pela residência obstétrica possibilita a otimização de saberes e de competências profissionais para o desenvolvimento do trabalho com segurança e entusiasmo. A autonomia profissional na área obstétrica está relacionada ao conhecimento e às competências profissionais adquiridas na formação, haja vista a crescente demanda de profissionais dotados de conhecimento que esperam por uma oportunidade de seleção e de contratação (SILVA et al., 2014).

Sendo assim, é apropriado que o profissional seja capaz de assumir responsabilidades e atue na tomada de decisões, sendo capaz de oferecer uma assistência humanizada e qualificada nas mais diversas situações que envolvem a atenção à mulher e ao recém-nascido.

É incontestável que a formação de profissionais para atuar no sistema de saúde sempre foi um grande desafio. Transportar o campo real da prática cotidiana dos profissionais, dos usuários e dos gestores é importante para a resolução dos problemas encontrados na assistência

à saúde, para que o cuidado prestado em geral ocorra de forma qualificada (BATISTA E GONÇALVES, 2011).

Na atenção ao parto e ao nascimento não é diferente. Uma atenção qualificada é conferida pelo profissional que foi educado e treinado para o exercício do desempenho de tais habilidades, sendo estas necessárias para o gerenciamento da gestação e do parto.

Compreende-se, nessa lógica, que a aprendizagem do cuidado e a prática clínica são elementos medulares na formação do enfermeiro e estão estruturadas por um processo coletivo, influenciado pelos saberes envolvidos durante o processo de qualificação profissional (BECERRIL; RODRÍGUEZ, 2016). Nesse sentido, destaca-se a importância da qualificação de profissionais da saúde e da formação de novos colaboradores para que tais habilidades sejam desenvolvidas.

O Programa Nacional de Residência em Enfermagem Obstétrica (PRONAENF), financiado pelo Ministério de Saúde, surgiu frente a um perfil amplo e desafiador para o processo de formação profissional. Esse Programa foi criado para cumprir as exigências e necessidades de se formar profissionais com vistas ao fortalecimento da assistência qualificada ao parto e ao nascimento (BRASIL, 2012a).

Sendo assim, considerando a constituição de diretrizes e de orientações para um programa educacional de Residência em Enfermagem Obstétrica para o Sistema Único de Saúde (SUS) e dentro da concepção da Rede Cegonha, este Programa propõe a formação de um profissional que, em consonância com as linhas de cuidado à mulher, ao recém-nascido e à família, atue com competência no planejamento reprodutivo, na atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério e no período neonatal (BRASIL, 2012b).

O resultado esperado no exercício da prática obstétrica é a manutenção do bem-estar materno e perinatal, o que exige dos profissionais de saúde o domínio e as competências para viabilizar uma assistência de qualidade para a mulher em idade fértil, estando aptos a adotar medidas urgentes, pois o grande desafio da assistência obstétrica é o fato de ela ser imprevisível e, em caso de complicações, colocar em risco a vida do binômio mãe-filho (LEITE; CALHEIROS; CLAPIS, 2010).

A Confederação Internacional das Parteiras (ICM) elaborou em 2002 um documento, reeditado em 2010, que mostra o resultado de um estudo realizado entre os anos de 1995 e 2001, em 17 países que fazem parte das regiões da Ásia / Pacífico, África, Américas e Europa o qual inclui as competências ditas como essenciais para o “Exercício Básico da Obstetrícia”.

Esse documento visa responder os questionamentos que buscam identificar quais conhecimentos e habilidades que um profissional qualificado possui em seu perfil para

proporcionar à mulher uma atenção de forma competente (INTERNATIONAL CONFEDERATION OF MIDWIVES - ICM, 2010).

Assim, dentre as competências profissionais mencionadas nesse documento, está a preocupação com a assistência obstétrica que proporcione a alta qualidade da atenção pré-natal, incluindo a captação precoce de possíveis complicações, assim como a capacidade de tratá-las, encaminhando-as a outro centro de atendimento quando necessário (ICM, 2010). Esses documentos confirmam a importância da qualificação da assistência obstétrica ao abordarem as definições dos padrões de competências, para o controle da morbimortalidade materna e neonatal em busca da maternidade segura.

Nesse sentido, é imprescindível saber que a atuação da enfermeira obstétrica, juntamente com a equipe de enfermagem, é fundamental para a qualificação e para a humanização da assistência ao pré-natal, ao parto e ao puerpério, pois é ela que participa ativamente do processo de parto e de nascimento de maneira digna e humana. Trata-se de um papel complexo a ser desempenhado, exigindo assim a qualificação profissional por meio de cursos de Especialização/Residência em Enfermagem Obstétrica, para que tais profissionais possam exercer uma assistência transformadora, humana e livre de violências.

O trabalho dessas profissionais tem sido motivado pelas políticas nacionais de saúde como tem sido demonstrado pelo Ministério da Saúde (MS), o qual tem oferecido incentivo tanto técnico quanto financeiro para a realização de cursos de especialização em enfermagem obstétrica, devido à compatibilidade dessa formação com as tendências contemporâneas de atenção à gestante, à parturiente e à puérpera, que é a assistência humanizada e qualificada propriamente dita (WINCK; BRÜGGEMANN, 2010).

Como resultado do trabalho desenvolvido por essas profissionais nas instituições de saúde, as enfermeiras obstétricas estão ocupando maiores espaços na assistência e ganhando visibilidade, ante à sua importante atuação nos ambientes parturitivos, a qual tem sido evidenciada, visto ser esta uma profissional habilitada e essencial para a prática do parto humanizado e fisiológico (ALVES, et al., 2018).

Novo incentivo à formação profissional de enfermeiras obstétricas pelo MS em decorrência das políticas públicas tem ocorrido nos últimos anos. Tal ação teve parceria com o MEC, em 2012, por meio da criação do PRONAENF. Esses cursos são vinculados às instituições de ensino cujo intuito é garantir a certificação das enfermeiras na atenção qualificada (PEREIRA; NICÁCIO, 2014).

A Escola de Enfermagem da UNIFAL, na perspectiva de qualificar profissionais para um atendimento humanizado, propõe a formação qualificada por meio do PRONAENF,

cuja pretensão é formar profissionais que, em consonância com as linhas de cuidado à mulher, ao recém-nascido e à família, atuem com competência no planejamento reprodutivo, na atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério e no período neonatal.

Tais esforços referentes à atenção à saúde materno-infantil visam preparar esse profissional para transfigurar as tendências dos abusos da desumanização no parto e no nascimento nos seus vários aspectos, com o intuito de qualificar e de integralizar a assistência considerando ser quase universal o acesso ao cuidado pré-natal e à assistência ao parto com eficiência. Para tanto, faz-se necessário à formação profissional perpassar por conteúdos que se articulam no sentido de dar sustentação à aprendizagem dos alunos, sejam eles de graduação ou de pós-graduação.

Sendo assim, é relevante destacar que a qualificação profissional conferida às egressas do curso de enfermagem obstétrica que atuam no atendimento à mulher no ciclo grávido-puerperal e ao neonato, bem como as ações desenvolvidas por estas durante a formação, é uma forma de compreender a prática institucional e de evidenciar a necessidade de implementação de estratégias que favoreçam a participação efetiva da enfermeira obstétrica na assistência qualificada (GARCIA, 2013).

Estudo realizado em 2013 constatou que as enfermeiras que atuavam em determinadas Unidades de Atenção Primária a Saúde (APS) de um município do Sul de Minas não desenvolviam as consultas de pré-natal ou quando desenvolviam, estas aconteciam de forma incompleta. Esse estudo apontou a necessidade e a importância da formação qualificada de profissionais voltada para as competências essenciais em obstetrícia, para que a assistência integral ocorra de forma efetiva (GARCIA, et al., 2018; GARCIA; LEITE; NOGUEIRA, 2013).

Visando justificar esse estudo, sua pertinência reside na proposta de analisar a formação e a inserção profissional de enfermeiras egressas do curso de Enfermagem Obstétrica conferido pelo PRONAENF/UNIFAL/MG. Entende-se, ser de grande relevância ampliar o conhecimento acerca da formação e inserção profissional das enfermeiras obstétricas egressas do curso, a fim de evidenciar a contribuição do Programa no processo de qualificação profissional destas profissionais.

As inquietações hoje permeiam a descoberta na situação atual acerca da formação e da inserção dessas profissionais no mercado de trabalho. Existia outrora uma lacuna na formação de profissionais qualificados no município. Essa lacuna tem sido reparada com a proposta em investir na qualificação de profissionais por meio do curso de residência obstétrica? A formação profissional de enfermeiros obstétricos tem mudado a perspectiva da assistência materno infantil?

Existe hoje um consenso da necessidade de um esforço de abrangência nacional para o aprimoramento da formação profissional em saúde materno-infantil que visa à obtenção de um profissional qualificado e que atue com destreza nas diversas áreas de atenção à mulher e ao neonato, a fim de potencializar o compromisso com a cidadania e com a educação em saúde.

A exploração desse cenário poderá contribuir para a elaboração de um diagnóstico do trabalho que vem sendo desenvolvido durante a formação das residentes obstétricas desse programa. Este trabalho é fruto das inquietações da pesquisadora em relação aos resultados supracitados que resultaram em minha dissertação de mestrado.

Pressupõe-se que a residência em enfermagem como estratégia para a formação de enfermeiras obstétricas se faz promessa para o avanço da atenção qualificada e tem grande potencial de transformação do modelo assistencial em todo país, assim como da sua prática.

2 Objetivos

2.1 Objetivo geral

Analisar a formação e a inserção profissional de enfermeiras egressas de um curso de Residência em Enfermagem Obstétrica, na perspectiva de fortalecimento da atenção qualificada ao parto e ao nascimento.

2.2 Objetivos específicos

- Identificar as contribuições da formação das enfermeiras egressas quanto ao preparo para o cuidado qualificado ao parto e ao nascimento;
- Discutir as condições de atuação profissional do enfermeiro obstétrico nas instituições de saúde parceiras do Programa de Residência, na perspectiva das egressas do curso;
- Evidenciar como a residência em enfermagem obstétrica contribui para a formação e para inserção profissional a caminho da autonomia profissional das enfermeiras egressas.

*3 Revisão da Literatura - A formação
profissional por meio da Residência em
Enfermagem Obstétrica*

A residência é a modalidade mais antiga de formação profissional de saúde em serviço na esfera da pós-graduação, especialmente a Residência Médica. A Residência Médica como estratégia de formação de recursos humanos na medicina teve início nos Estados Unidos na metade do século XIX, com destaque no âmbito hospitalar no ensino clínico (FEUERWERKER, 1998).

A Residência em Enfermagem no Brasil teve sua primeira experiência em 1961 em São Paulo, no Hospital Infantil do Morumbi. A ênfase no ensino foi eminentemente prática, porém sem eliminar o aprofundamento de conhecimentos teóricos e o desenvolvimento de pesquisas na área (BARROS; MICHEL, 2000).

A formação de profissionais não-médicos em obstetrícia iniciou-se pouco tempo depois da criação das Faculdades de Medicina no país. No Rio de Janeiro, em 1834, diplomou-se a primeira parteira brasileira, a francesa Maria Josefina Matilde Durocher, que se naturalizou brasileira posteriormente. Ela era conhecida como Madame Durocher e tornou-se uma parteira célebre no meio acadêmico. Foi a primeira mulher a ser recebida como membro titular da Academia Imperial de Medicina (BRENES, 1991).

No decorrer do século XX o ensino de enfermagem passou por modificações curriculares e os conteúdos de enfermagem obstétrica sempre estiveram presentes. Na década de 1970, houve a reforma do Currículo Mínimo de Enfermagem e foram instituídas as modalidades de habilitações em enfermagem nas áreas de saúde pública, médico-cirúrgica e obstétrica por meio do Parecer do Conselho Federal de Educação (CFE) nº 163/721 (PEREIRA; NICÁCIO, 2014).

Existia nessa época uma escassez nos dados referentes à participação assistencial das parteiras, obstetrizes ou enfermeiras obstétricas brasileiras. Em 1956, o número de profissionais em exercício era de 1.410 e passou para o equivalente de 1.987 enfermeiros com habilitação em obstetrícia em 1983 (COFEN, 1985).

Freddi (1977) aponta, em seu trabalho sobre a participação da enfermeira obstétrica no contexto brasileiro em duas décadas, a proporção de uma profissional para 14.360 mulheres em idade fértil, sendo a maioria concentrada nos grandes centros. Essa restrição numérica foi justificada pela atuação da enfermeira obstétrica ser concentrada nas atividades administrativas ou assistenciais, em centros obstétricos e em atividades docentes nas escolas de enfermagem.

As primeiras experiências de treinamento em serviço na modalidade de residência no país também surgiram nessa década, assemelhadas às residências médicas, conduzidas pelos hospitais, sem vinculação com a unidade acadêmica e com ausência de legislação educacional

regulamentadora, um fator que gerou críticas e desconfianças sobre a qualidade da capacitação profissional oriunda dessas propostas (JUSTINO et al.; 2010).

Em decorrência dessas especificidades, o ensino de enfermagem obstétrica permaneceu vinculado às unidades acadêmicas. Com a instituição do Currículo Mínimo de Enfermagem pelo MEC, através da Portaria nº 1.721, de 15 de dezembro de 1994, as habilitações em enfermagem foram extintas e a formação de enfermeiras obstétricas passou a ser por meio dos cursos de pós-graduação *lato sensu*, com carga horária mínima de 360 horas (PEREIRA; NICÁCIO, 2014).

A qualificação de enfermeiras obstétricas vinculadas à Instituição de Ensino Superior (IES) fez-se necessária em virtude da indispensabilidade da certificação para o exercício profissional e do uso das prerrogativas previstas na Lei do Exercício Profissional nº 7.498/86, bem como para atender às legislações que regulam o ensino de pós-graduação *lato sensu* no país (LIMA et al.; 2015).

Com vistas à qualificação profissional, a Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn), no ano de 1979, elaborou um Seminário que objetivou considerar a Residência de Enfermagem como uma modalidade de ensino de pós-graduação, em nível de Especialização. O intuito era remeter programas que fossem desenvolvidos em regime de tempo integral, com carga horária de 1.800 horas distribuídas semanalmente sendo que as atividades assistenciais ocupariam 70% e os estudos teóricos e de pesquisas, 30% (CARVALHO, 2012).

Nesse cenário, nota-se que até 2005, a única via adotada para a formação de profissionais de assistência ao parto era conferida por meio da especialização, tendo como pré-requisito o curso de graduação em enfermagem. Todavia, a temática relativa ao papel da obstetriz passou a ser pleiteada juntamente com o quadro de assistência à saúde reprodutiva e de publicações na literatura nacional e internacional. Por conseguinte, desde 1998, a Associação Brasileira de Obstetristas e Enfermeiros Obstétricos (ABENFO) fortaleceu a discussão sobre o ensino de enfermagem para a assistência ao parto e ao nascimento por meio de seminários estaduais (ABENFO, 2019).

Esses seminários trouxeram grandes questionamentos sobre o atual modelo de formação na área, o alto investimento financeiro e o tempo excessivamente longo para qualificar profissionais para a assistência à mulher no ciclo grávido-puerperal. Foi então que surgiu a possibilidade de uma nova perspectiva de formação da obstetriz sem pré-requisito da graduação em enfermagem para a assistência à saúde da mulher, uma vez que, as evidências científicas relacionavam a atuação da obstetriz na condução fisiológica e naturalizada do parto sendo esta capaz de humanizar a assistência (MERIGHI; GUALDA, 2009).

Na década de 1990, foram admitidas ações ministeriais para a melhoria da qualidade e indicadores da assistência obstétrica e perinatal no Brasil. Essas ações estimularam a inserção das enfermeiras obstétricas nas maternidades públicas. Apesar desse estímulo, essas enfermeiras enfrentaram dificuldades e entraves profissionais, sobretudo na assistência ao parto normal (LIMA et al.; 2015; JUSTINO et al.; 2010).

Com o intuito de reconhecer a assistência prestada pelo profissional enfermeiro, o Ministério da Saúde instituiu a Portaria MS/GM 2.815 de 28 de maio de 1998, que tem como foco a humanização do processo do parto e do nascimento a qual inclui à tabela do Sistema de Informações Hospitalares do SUS o procedimento "parto normal sem distócia realizado por enfermeiro obstétrico" (BRASIL, 2002).

Nesse contexto, cabe ressaltar a recomendação da OMS e do MS da maior participação da enfermeira obstétrica e da obstetriz considerando a importância de se acompanhar o trabalho de parto, de se aprimorar a assistência ao parto normal e, consequentemente de se reduzirem as taxas de cesariana como medida de incentivo. (WHO, 1996).

Em 5 de agosto de 1999, ocorreu a criação dos Centros de Parto Normal (CPN), pela Portaria nº 985, que considerou essas ações ministeriais e representou outro incentivo para a atuação da enfermeira obstétrica na assistência às mulheres com gestação e parto fisiológicos, bem como no cuidado imediato aos recém-nascidos. Não obstante essa regra, a proposta dos CPNs enfrentou dificuldades devido às desconfianças sobre a segurança da assistência prestada e sobre a competência técnica da enfermeira obstétrica para assumir a condução dos cuidados maternos e neonatais (AMORIM; GUALDA, 2011).

Por conseguinte, essas regras governamentais também esbarraram no reduzido quantitativo de enfermeiras obstétricas com experiência profissional para assumir as responsabilidades assistenciais exigidas, cujas barreiras institucionais, corporativas e da própria gestão de saúde nos municípios impactavam tanto no ensino quanto na assistência, bem como na fixação dessas profissionais nos centros obstétricos (AMORIM; GUALDA, 2011).

As enfermeiras obstétricas concursadas passaram a ser alocadas em outras funções da enfermagem nas instituições motivadas pela ausência de especificidade para ingresso na carreira, fazendo com que ficassem na dependência dos gerentes dos serviços obstétricos, priorizando, ou não, a lotação dessas profissionais para a assistência ao parto normal. Ademais, se a gestão local não considerar tal lotação como uma estratégia complementar às políticas ministeriais de qualificação da assistência e de incentivo ao parto normal, o impacto do investimento público na formação das enfermeiras obstétricas fica comprometido (PEREIRA; NICÁCIO, 2014).

Não obstante essa ambivalência na condução das estratégias políticas para aumentar o quantitativo dessas profissionais no país, surgiu novo incentivo para a formação e atuação das enfermeiras obstétricas a partir da implementação da Rede Cegonha em 2011, que objetiva reorganizar a rede assistencial materno-infantil e efetivar o modelo de atenção humanizada à gestação, ao parto e ao nascimento (PRONAENF, 2012).

Esse incentivo ocorreu por meio da criação do PRONAENF, com a publicação do Edital MS/MEC nº 21, de 5 de setembro de 2012, que aprovou as propostas de residência em enfermagem obstétrica de 18 IES localizadas no Acre, Amazonas, Rondônia, Pará, Piauí, Bahia, Ceará, Sergipe, Mato Grosso do Sul, Minas Gerais, Rio de Janeiro, São Paulo e Rio Grande do Sul (PEREIRA; NICÁCIO, 2014; PRONAENF, 2012).

O perfil do Enfermeiro Obstétrico com formação na modalidade Residência possui visão humanista, crítica e reflexiva, pautada na premissa de que a gravidez e o nascimento são eventos normais de vida. Capaz de conhecer e intervir sobre os problemas/situações de saúde da mulher e do neonato, mais prevalentes no perfil epidemiológico nacional, com ênfase na sua região de atuação, considerando-se os aspectos familiares, as dimensões fisiológicas, sociais, culturais, emocionais, éticas e políticas dos seus determinantes, possui ainda capacidade de atuar com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania (BRASIL, 2012a).

O plano-piloto do PRONAENF foi construído por enfermeiros representantes das seguintes instituições: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto; Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas; Escola de Enfermagem Ana Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro; Associação Brasileira de Enfermagem; Universidade Federal de Pernambuco; Área Técnica da Saúde da Mulher do Departamento de Ações Programáticas Estratégicas do MS; Organização Pan Americana de Saúde; Organização Mundial de Saúde; Departamento da Educação na Saúde; Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde; Universidade Federal do Acre; Hospital Sofia Feldman; Faculdade de Enfermagem da Universidade Estadual do Rio de Janeiro; Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal do Pará; Universidade Federal de São Paulo; Comissão Nacional de Residência Multiprofissional; Universidade Federal de Santa Catarina; Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia; Universidade Federal de Minas Gerais; Universidade Federal de Alfenas (MG), Associação Brasileira de Enfermeiros Obstétricos e Obstetrizes; Conselho Federal de Enfermagem e Universidade Estadual do Amazonas, coordenados pela Profa. Dra. Marli Vilela Mamede – EERP/USP/MS (BRASIL, 2012a; PRONAENF, 2012).

O projeto-piloto aponta as propostas relacionadas a sua operacionalização a qual constitui-se de fases cujo destaque relaciona-se à qualificação de pessoal “com cada um dos

componentes da rede sendo qualificado através do cumprimento de requisitos mínimos”. Isso implica mudança de paradigma, de atitude, de ações desde a atenção básica e especializada até a de alta complexidade, cujo reflexo se dá na capacitação de pessoal por meio das instituições de ensino proponentes (BRASIL, 2012a).

Muito embora haja matriz de eixos e de conteúdos acordados junto ao Ministério da Saúde e da Educação, que caracterizam o mínimo de competências a serem adquiridas pelos egressos dos cursos delineados no PRONAENF, nos marcos filosóficos, teóricos e estruturais, estão os referenciais educacionais definidos devido à territorialidade da instituição e da comunidade interna e externa que acrescenta peculiaridades nos projetos políticos pedagógicos no sentido de organizar e de dar identidade ao modelo institucional formador (BRASIL, 2012a; PRONAENF, 2012).

Criado pelo Ministério da Saúde e da Educação, o PRONAENF visa capacitar enfermeiros para o cuidado à saúde da mulher, nos seus processos de saúde reprodutiva; no pré-natal, parto, nascimento e puerpério, com a inclusão da família em todas as fases da assistência. Esse cuidado deve ser orientado pelas boas práticas, pelas evidências científicas, pelas diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) e pelas recomendações da Rede Cegonha, Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher e Pacto pela redução da Mortalidade Materna e Neonatal (PRONAENF, 2012).

Esse programa tem como objetivo geral formar profissionais qualificados para atuarem no cuidado à saúde da mulher nos processos de reprodução, gestação, parto e nascimento, puerpério, ao neonato e família, compreendendo seus aspectos sociais, culturais, emocionais, éticos e fisiológicos, orientados pelas boas práticas e evidências científicas, pela Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) e Pacto pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, e pelos princípios e diretrizes do SUS.

O Programa de Residência em Enfermagem Obstétrica da Escola de Enfermagem da UNIFAL-MG foi aprovado e sua homologação foi publicada pela Portaria Conjunta nº 5 de 31 de outubro de 2012/MS/MEC/SGTES (BRASIL, 2012b).

O Programa de Residência em Enfermagem Obstétrica da Universidade Federal de Alfenas tem como objetivos específicos o compromisso de capacitar os enfermeiros para:

- a. Analisar as condições de vida e de saúde da mulher e do neonato em seu contexto social e cultural;
- b. Realizar ações educativas junto à mulher e à família, que promovam a expressão e a valorização do saber feminino;

- c. Investigar a realidade assistencial, com vista à produção de conhecimento, à transformação desta prática e ao desenvolvimento de tecnologias próprias da enfermagem;
- d. Desenvolver atividades de gestão da assistência à mulher, ao neonato e à família, articuladas à equipe multiprofissional;
- e. Atuar em rede de atenção à saúde em consonância com as linhas de cuidado à mulher, ao recém-nascido e à família;
- f. Assistir a mulher no planejamento reprodutivo, na gestação de baixo risco, no trabalho de parto e parto sem distócia, no período puerperal, no processo de abortamento, ao neonato e à família;
- g. Realizar o parto normal sem distócia;
- h. Identificar as distócias e riscos obstétricos, perinatais e tomar providências na assistência pré-natal, no trabalho de parto, parto, puerpério e no cuidado ao neonato;
- i. Atuar na promoção, na proteção e no apoio ao aleitamento materno. (BRASIL, 2012a; BRASIL, 2012c).

As atividades práticas são orientadas por tutores e preceptores. O preceptor que acompanha o residente na atenção à mulher no trabalho de parto, de parto e de puerpério deve ser enfermeiro especialista em obstetrícia. O preceptor que acompanhará o residente na atenção à mulher no planejamento reprodutivo, durante a gestação, o puerpério e ao neonato na atenção básica pode ser enfermeiro especialista nas áreas da saúde. A proporção de preceptores/residentes não deverá exceder a um para cinco (BRASIL, 2012a).

A prática é desenvolvida nos diferentes cenários de atenção à mulher no planejamento reprodutivo, no processo de abortamento, na gestação, no parto e no nascimento, no puerpério e ao neonato, ou seja, na rede básica de saúde, em casas de parto, em centro de parto normal, em maternidades, hospitais, ambulatorios, em todos os seus níveis de complexidade, em outras instituições que desenvolvam programas de assistência à saúde da mulher e, ainda, no domicílio da clientela (PEREIRA; NICÁCIO, 2014).

Todavia, têm-se a clareza da necessidade de um olhar atento sobre a sua inserção na realidade da IES, bem como nas instituições parceiras que abrem as portas para a prática que contribui para o preparo deste profissional na atenção à mulher no ciclo grávido-puerperal. Sabe-se que a realidade vivida aponta para a indispensabilidade de uma formação qualificada desse profissional, tendo em vista as necessidades abrangentes e as exigências cada vez mais impostas, exigindo, assim, uma avaliação bastante criteriosa desses esforços (AMARAL, et al., 2019).

Por fim, a concretização da Residência em Saúde se dá pelo exercício profissional supervisionado, o qual ocorre nas instituições parceiras dos programas e é favorável à aprendizagem do aluno. Os Programas de Residência, desde a sua implementação, buscam aproximar as atividades pedagógicas da linha de cuidados de todos os níveis de atenção à saúde. Barreiras como a falta de recursos provenientes dos Ministérios da Saúde e da Educação; dificuldades de articulação entre a Instituição de Ensino e as Instituições parceiras que recebem os alunos nos campos de prática; alta rotatividade e despreparo dos preceptores são algumas das barreiras e limites enfrentados pelas residências para sua efetivação (FIORANO; GUARNIERI, 2015; MELO; QUELUCI; GOUVÊA, 2014).

4 Referencial Teórico - O Interacionismo Simbólico

4.1 Escolha da Abordagem

Para melhor compreender a contribuição na formação profissional que foi conferida às egressas por meio do curso de Residência em Enfermagem Obstétrica e alcance dos objetivos propostos neste estudo, serão utilizados o Interacionismo Simbólico (IS), segundo Blumer (1969) como referencial teórico, e a *Grounded Theory* ou Teoria Fundamentada nos Dados (TFD), baseada nos princípios de Strauss e Corbin (2008), como referencial metodológico.

A sustentação teórica e metodológica proposta nos ajudou a nortear caminhos que foram percorridos e nos mostrou como podemos contribuir com melhorias voltadas para a formação dessas profissionais.

4.2 O Interacionismo Simbólico

Interacionismo Simbólico (IS) é um termo utilizado que descreve a aproximação relativamente descritiva do estudo do grupo e da vida humana, discutindo a complexa relação do indivíduo com a sociedade no que se refere ao comportamento da mente humana (MEAD, 1934).

Pode-se dizer, notadamente, que o IS constitui uma perspectiva teórica que possibilita a compreensão do modo como os indivíduos interpretam os objetos e as outras pessoas com as quais interagem e como tal processo de interpretação conduz o comportamento individual em situações específicas. Com a aplicação do IS, é possível ampliar os conhecimentos na construção de ações e de estratégias inclinadas para o relacionamento de interação e de humanização entre as pessoas (CARVALHO; BORGES; RÊGO, 2010).

O IS considera os significados que o outro atribui às suas experiências, o que se torna aplicado nesse estudo em que se pretende conhecer a compreensão do enfermeiro frente à sua formação como obstetra.

O IS coexistiu de uma preocupação presente com a linguagem e o significado. O símbolo é o elemento chave nesse processo. O termo “interacionismo” vem do verbo “interagir”, que significa “agir mutuamente”. O termo “simbólico” vem do grego *symbolikós*, por meio do latim *symbolicu*, dando sentido “àquilo que tem caráter de símbolo” (FERREIRA, 1999).

Advindo do estudo da psicologia social, O IS surgiu com George Herbert Mead (1934), um professor de filosofia da Universidade de Chicago, no período de 1893 a 1931, considerado o arquiteto por excelência do interacionismo simbólico, mas foi Blummer (2002), discípulo de

Mead, que a resgatou e divulgou como um método para ser utilizado, descrevendo claramente suas etapas.

Existe no ser humano a capacidade para fazer indicações para si mesmo, o que fornece um caráter distintivo para a ação humana. Isso quer dizer que, ao confrontar o mundo de objetos a sua volta, ele deve interpretá-lo com o intuito de agir. A ação do ser humano consiste em levar em consideração as inúmeras coisas que observa, fazendo uma relação do significado das ações dos outros e desenhando sua própria linha de conduta, sob o olhar dessa interpretação. Considerando por base a forma de interpretação do indivíduo, ele constrói um guia de ação, em vez de simplesmente responder aos fatores ambientais que atuam sobre ele (BLUMER, 1969).

Nesse prisma, o IS constitui uma importante maneira de se interpretar as percepções das pessoas, qual o sentido e significado que tais indivíduos dão às coisas e como o que se refere é relacionado com as experiências vividas. É uma metodologia empírica que usa procedimentos tais como: estudos de caso, entrevistas, observação participante, história de vida, conversações, análise de documentos, cartas, diários de campo, entre outros. A interação simbólica conduz ao desenvolvimento de um esquema analítico da sociedade humana, bem como da conduta humana as quais envolvem ideias básicas relacionadas com a natureza das matérias: grupos humanos ou sociedades, interação social, objetos, o ser humano como ator, a ação humana e as interconexões com as linhas de ação (HAGUETTE, 2003; SANTOS, 2008).

O IS é a mais ampla concepção sobre o papel da comunicação em sociedade, o qual constitui-se em uma perspectiva da psicologia social. Sob a ótica do Interacionismo simbólico e da Grounded Theory, o presente estudo delineará importantes considerações conceituais que regerão o método. Conquanto, dada a complexidade e a amplitude dos aspectos teóricos, filosóficos e sociológicos, não se tem a pretensão de abranger todas as suas particularidades. A ação do ser humano em sua relação com o mundo é retratada pela ciência social, cujo foco é a natureza da interação e a dinâmica social entre os indivíduos (HAGUETTE, 2003).

Charon (1989, p. 22) apresenta quatro importantes aspectos que nos levam à compreensão do interacionismo simbólico que o diferem da psicologia

1. O interacionismo simbólico cria uma imagem mais ativa do ser humano e rejeita a imagem deste como um organismo passivo e determinado. Os indivíduos interagem e a sociedade é constituída de indivíduos interagindo.
2. O ser humano é compreendido como um ser agindo no presente, influenciado não somente pelo que aconteceu no passado, mas pelo que está acontecendo agora. A interação acontece neste momento: o que fazemos agora está ligado a essa interação.

3. Interação não é somente o que está acontecendo entre pessoas, mas também o que acontece dentro dos indivíduos. Os seres humanos atuam em um mundo que eles definem. Agimos de acordo com o modo como definimos a situação que estamos vivenciando. Embora essa definição possa ser influenciada por aqueles com quem interagimos, ela é também resultado de nossa própria definição, nossa interpretação da situação.

4. O interacionismo simbólico descreve o ser humano mais ativo no seu mundo do que outras perspectivas. O ser humano é livre naquilo que ele faz. Todos definimos o mundo em que agimos e parte dessa definição é nossa, pois envolve a escolha consciente, a direção de nossas ações em face dessa definição, a identificação dessas ações e a de outras e a nossa própria redireção.

Na perspectiva interacionista, o comportamento humano não se trata de uma questão de respostas diretas às atividades dos outros, mas está relacionada a uma resposta às intenções dos outros. Essas intenções são transmitidas por meio de gestos que se tornam simbólicos, ou seja, com possibilidade de interpretação. A base do consenso constitui a sociedade humana, sob a forma de compreensões e expectativas comuns oriundas de sentidos compartilhados. Assim, a partir do momento em que os gestos assumem um sentido comum, ou seja, quando adquirem um elemento linguístico, podem ser designados de “símbolos significantes”. O componente significativo de um ato, que representa uma atividade mental, acontece através do role-taking, que se refere ao colocar-se na posição do outro (SANTOS, 2008).

Na interação, as vivências do presente são fadadas de valor e significados. O ser humano, ao agir no presente, sofre influência tanto pelas experiências do seu passado, ao resgatar suas lembranças, quanto pelas experiências vividas no presente. Além das premissas do interacionismo simbólico, George Mead deixou conceitos elementares que servem de base para uma melhor compreensão de suas ideias a respeito do IS, os quais são: o símbolo, o self, a mente, a linguagem, a interação social e a sociedade (CARVALHO et al., 2007). Esses conceitos serão apresentados a seguir, segundo as concepções citadas por Blumer (1969) e Charon (1989):

a) O Símbolo

Símbolos são objetos sociais usados pelo ator para a representação e a comunicação com os quais os seres humanos interagem uns com os outros. Para Santos (2008), a comunicação se faz por meio de símbolos que têm seu significado entre as pessoas, sendo que a interação social ocorre por meio da interpretação desses símbolos. Nesse sentido, mediadas

por símbolos, as pessoas são socializadas, compartilham da cultura e entendem qual é o seu papel social. Para Blumer (1969), o símbolo é usado para pensar, comunicar, representar. Pode-se dizer que algo só é simbólico quando expressa um significado, uma representação, uma intencionalidade.

Corroborando esses autores, Charon (1989) enfatiza que os símbolos são definidos na interação social, enquanto objetos sociais. Nesse processo, caracterizam-se como significativos e significantes, isto é, têm um significado, envolvem um entendimento, tanto para os atores quanto para os indivíduos aos quais as ações são dirigidas. Essa abordagem é baseada na realidade social que se desenvolve a partir da interação entre os indivíduos.

Os seres humanos, ao interagirem, constituem a sociedade, de modo que os indivíduos estão sempre interpretando ou definindo as ações uns dos outros, em vez de meramente reagirem às ações uns dos outros. Suas respostas não são dadas diretamente às ações do outro, mas baseadas nos significados que atribuem a tais ações. Assim, a interação humana é mediada pelo uso de símbolos, pela interpretação ou pela determinação de significados às práticas alheias (MEDEIROS, 2011).

O uso de símbolos media a interação humana pela interpretação ou pela determinação de significados atribuídos às ações dos indivíduos. O mundo das pessoas é rodeado de objetos. O referido autor tratou os objetos de maneira idêntica a Mead. Para ele, os objetos se apresentam de três formas: físicos (coisas), sociais (pessoas) e abstratos (ideias). Somente por meio da interação simbólica, os objetos adquirem significado (BLUMER, 1969).

A ação humana é constituída com base nos significados que os indivíduos lhe outorgam, o que para o IS, frente a uma realidade desenvolvida na interação com os outros, sendo, assim, social, em vez de ser constituída por fatores sociais ou psicológicos. É o que se entende por interpretação ou ação baseada nos símbolos, isto é, o indivíduo é que confere um significado ao objeto e não o objeto que possui caráter intrínseco com ação sobre o indivíduo (DUPAS; OLIVEIRA; COSTA, 1997).

b) O *Self* (o ego/a própria pessoa)

Ao admitir que o ser humano possui um *self*, Mead enfatiza que, da mesma forma que o indivíduo age socialmente com relação a outras pessoas, interage socialmente consigo mesmo. Sendo assim, ele pode tornar-se o objeto de suas próprias ações (HAGUETTE, 2003).

O *self*, assim como outros objetos, é formado a partir das “definições” feitas por outros que servirão de referencial para que ele possa ver-se a si próprio. Dessa forma, o ser humano

pode tornar-se objeto de suas próprias ações dentro da sociedade que, segundo Mead, procede da existência do *self*. O fato de o ser humano possuir um *self*, o converte em um tipo especial de ator, transforma sua relação no mundo e dá à sua ação um caráter único (BLUMER, 1969; HAGUETTE, 2003).

Meltzer (1972), ao interpretar um pensamento de Mead, enfatiza que o *self* representa um processo social no interior do indivíduo, o qual envolve duas fases analíticas distintas:

1. O eu é a tendência impulsiva do indivíduo. É o aspecto inicial, espontâneo e desorganizado da experiência humana. Logo, representa as tendências não direcionadas do indivíduo.
2. O mim representa o “outro” incorporado ao indivíduo. Logo, ele compreende o conjunto organizado de atitudes e definições, compreensões e expectativas – ou simplesmente sentidos – comuns ao grupo. Em qualquer situação, o mim compreende o outro generalizado e, raramente, um outro particular (citado por HAGUETTE, 2003, p. 27).

De acordo com os interacionistas simbólicos, o *self* é um objeto de interação com os outros. Por essa razão ele é, definido, redefinido e constantemente passa por mudanças. Nessa perspectiva, Charon (1989, p. 65) elucida: “a maneira como me vejo, a maneira como eu me defino, bem como o julgamento que faço de mim mesmo dependem todos imensamente das definições sociais com que deparo na vida.” Dessa maneira, a importância da *self*-comunicação, *self* percepção ou autoconceito, identidade, *self*-julgamento ou autoestima são evidenciadas pelas ações que o indivíduo executa.

As ações são executadas em sua totalidade as quais dependem diretamente da comunicação simbólica, se tornando esta, por sua vez, a mais importante de todas e torna as demais possíveis. A interação resulta de tudo o que eu penso e sinto de mim mesmo, com tudo o que está relacionado ao *self*. Dessa forma, o *self* julgamento resulta, em grande parte, do julgamento que os outros fazem de mim (DUPAS; OLIVEIRA; COSTA, 1997).

Em resumo, a formação do *self*, bem como o ato humano, possui uma fundamentação social. Todavia, nem o *self* nem o ato social são estáticos. Eles evoluem ou se modificam de acordo com as mudanças nos padrões e nos conteúdos das interações que o indivíduo experencia, não só com os outros, como consigo mesmo. Porque o indivíduo possui um *self*, ele é capaz de ter uma vida mental: pode fazer indicações para si próprio, constituindo sua própria mente. E por ele possuir uma mente, tem a possibilidade de dirigir e de controlar o próprio comportamento, em vez de tornar-se um agente passivo dos impulsos e dos estímulos (HAGUETTE, 2003).

c) A Mente

Mead considera indispensável o aparato fisiológico do organismo no sistema nervoso central e córtex, para o desenvolvimento da mente. É necessário o cérebro para a emergência da mente, mas ele sozinho não faz a mente. É, portanto, a sociedade-interação social, que, por sua vez, forma a mente usando o cérebro. O comportamento humano inteligente é “essencialmente e fundamentalmente social” (HAGUETTE, 2003).

A mente e o *self* compreendem a interação simbólica uma vez que representam a comunicação de significados ao *self*. Por meio da mente, o indivíduo define as coisas para si mesmo e, assim, produz uma ação diante da interpretação executada (DUPAS; OLIVEIRA; COSTA, 1997).

A concepção da mente por Mead é um processo que se manifesta sempre que o indivíduo interage consigo mesmo usando os símbolos. Essa significância ou sentido é social, tanto em origem como em sua função, uma vez que surge do processo social de comunicação. Dentro desse processo, o organismo seleciona aqueles estímulos que são relevantes para as suas necessidades, rejeitando outros que considera irrelevantes (HAGUETTE, 2003).

Mead e Blumer têm pontos de vista distintos no que se refere à ação da mente como aponta Charon (1989). De acordo com Mead (1977), a ação da mente se dá com o surgimento de problemas e com a necessidade de solucioná-los. Para Blumer (1969), a ação mental é um processo contínuo do indivíduo, em que as indicações do *self* são realizadas todos os dias e a todo momento.

d) A Interação Social

Na alegação do interacionismo simbólico, o sentido das coisas emerge da interação social que um indivíduo tem com o outro, considerando-se que os significados podem ainda ser atribuídos ou modificados de acordo com a vivência e com a forma em que as pessoas enfrentam o acontecimento (REIS, 2015).

Segundo Santos (2008), na interação social, as pessoas são vistas como atores que se relacionam, se comunicam e se interpretam um ao outro. A esse respeito, Charon (1989, p. 138) acrescenta:

Quando interagimos, nós nos tornamos objetos sociais uns para os outros, usamos símbolos, direcionamos o *self*, nos engajamos em ação mental, tomamos decisões, mudamos direções, compartilhamos perspectivas, definimos a realidade, definimos a situação e assumimos o papel do outro. O entendimento da natureza da interação deve reconhecer a existência de todas essas atividades.

A interação social é construída a partir da ação social. A ação é entendida como social quando os indivíduos são levados em consideração, isto é, quando nossas ações são norteadas pelo que os outros fariam diante de tal situação. Isso ocorre porque as pessoas com as quais interagimos são considerados objetos sociais. Dessa forma, a ação social significa que o ato praticado pelo indivíduo envolve outra pessoa ou pessoas. Sendo assim, deve haver comunicação para que ela ser simbólica, podendo esta ser revelada em forma de palavras ou atos, o que se expressará não somente quem nós somos como também o que imaginamos (CARVALHO et al., 2007).

Na sociedade humana, duas formas de interação social são identificadas. Para Mead (1977), refere-se à comunicação do gesto e ao uso de símbolos significantes; já para Blumer (1969), significa interação não simbólica e interação simbólica, respectivamente.

Blumer ainda (1969) argumenta que a interação é simbólica quando os atos de cada indivíduo têm significado para o criador e para o receptor da ação. Uma significativa observação sobre a importância da interação social é realizada por Charon (1989, p. 149):

Os seres humanos são atores sociais: eles levam outros em conta quando agem e os outros fazem diferença nas suas ações. Quando a ação social se torna mútua, quando atores se levam em conta e ajustam seus atos, eles estão engajados numa interação social. A interação social é simbólica: intencionalmente comunicamos quando agimos e outros interpretam o que fazemos. Na interação rotulamos outros e isso diferencia aquilo que fazemos. Frequentemente tentamos influenciar a identidade de outros, influenciando nossa ação em relação aos outros, o que frequentemente interfere na maneira de como eles agem. Porque reconhecemos a importância de como os outros nos veem nas situações, tentamos controlar o que apresentamos aos outros na interação. Entender a interação é reconhecer o ajustamento desses aspectos.

e) A Sociedade

A sociedade humana ou a vida humana em grupo é vista como consistindo de pessoas que interagem, ou seja, pessoas em ação que desenvolvem atividades diferenciadas que as colocam em diferentes situações. É por meio desse processo de constante atividade que estruturas e organizações são estabelecidas (HAGUETTE, 2003).

Os conceitos de interação social e sociedade estão intimamente relacionados, o que resulta em uma sociedade de indivíduos engajados num processo de interação social. Duas concepções dominantes no seio da sociedade são apontadas por Charon (1989): o de cultura e o de estrutura social. Cultura é entendida como costume, tradição, norma, valor, regra,

claramente derivada da ação das pessoas. Portanto, a sociedade é uma interação cooperativa, que desenvolve cultura.

A sociedade é caracterizada como dinâmica pelos interacionistas simbólicos, ou seja, os indivíduos interagem entre si, definindo e alterando a direção dos atos uns dos outros. Nessa lógica, Blumer (1969) ressalta:

O termo “interação simbólica” refere-se a um caráter peculiar e distinto de interação que acontece entre os seres humanos. A peculiaridade está no fato de que os seres humanos interpretam ou definem a ação um do outro, em vez de meramente reagir a elas. A resposta às ações é baseada no significado que elas têm para o indivíduo. Portanto, a interação humana é mediada pelo uso de símbolos, pela interpretação, ou por identificar o significado de uma ou de outra ação.

Ao fundar-se nessas premissas, a interação simbólica é levada necessariamente a desenvolver um esquema analítico da sociedade humana e da conduta humana que envolve determinadas ideias básicas relacionadas com a natureza das seguintes matérias: grupos humanos ou sociedades; interação social; objetos; o ser humano como ator; a ação humana e as interconexões entre as linhas de ação. Em uma visão de conjunto, essas ideias representam a forma como o IS vê a sociedade humana e a conduta (HAGUETTE, 2003).

Em síntese, entre os princípios conduzidos pelo IS, sobressaem a mente, a qual foi explicitada como a capacidade humana de vivenciar experiências interiores e de refletir sobre sua condição, o self (eu), compreendido como o aspecto espontâneo e impulsivo do ser humano, muitas vezes controlado por padrões sociais, e a sociedade, cuja constituição é estabelecidas por relações e interações que acontecem por grupos de pessoas ou de animais (KAWASAKI; DIOGO, 2001).

4.3 A articulação do Interacionismo Simbólico com o objeto de estudo

Este estudo buscou fazer uma articulação entre os conceitos do IS e a visão de mundo das enfermeiras egressas do curso de residência obstétrica, trazendo uma relação entre teoria e prática, de acordo com o que foi vivenciado por elas durante o curso. Identificaram-se as facilidades e as dificuldades encontradas durante o processo de formação profissional em uma análise da contribuição do curso na formação e na inserção profissional das egressas sob o olhar do IS.

Dessa forma, buscou-se descobrir os caminhos de atuação que as egressas tomaram a partir da sua formação. Ao trabalhar com egressas, tentou-se criar linhas de ação que as mesmas tomaram e traçar a interpretação das próprias enfermeiras residentes do curso, dando significado aos fatos dentro de suas realidades e experiências vividas.

Essa linha de ação, de acordo com Blumer (1969), consiste em julgar as várias situações observadas pelas pessoas, em que uma regra de conduta é formada, a qual é baseada em sua interpretação.

A interpretação consciente é direcionada pela ênfase na concepção interacionista de significado. As coisas passam a ter significado para a pessoa quando esta as considera conscientemente, reflete e pensa sobre o objeto ou o interpreta. Isso se processa numa interação interna da pessoa, pois esta seleciona, confere, suspende, reagrupa e transforma os significados à luz da situação em que está inserida e da direção que imprimiu à sua ação. Dessa forma, a interpretação é um processo formativo e não uma aplicação sistemática de significado outrora estabelecido (HAGUETTE, 2003),

O IS configura-se como um referencial teórico que viabiliza a avaliação de resultados em saúde. Nessa perspectiva, é uma ferramenta teórica que possibilita a compreensão do fenômeno de uma forma mais abrangente.

Esse referencial nos ajudou a revelar e apontar o significado das experiências vivenciadas no decorrer do curso à medida que as egressas colocavam em prática o ensino adquirido durante o processo de formação profissional na residência obstétrica.

Possibilitou, ainda, compreender se esse significado é decorrente ou resultante da interação que a enfermeira obstétrica faz com os elementos envolvidos no processo de trabalho. Procurou, por fim, saber se esses elementos são significativos toda vez que interagem no seu ambiente de trabalho e como a enfermeira utiliza o processo interpretativo ao interagir com os objetos mais significativos de sua prática.

5 Referencial Metodológico - A Teoria Fundamentada nos Dados

5.1 A *Grounded Theory* ou Teoria Fundamentada nos Dados

A *Grounded Theory* ou Teoria Fundamentada nos Dados (TFD), como foi traduzida para o português, trata-se de um referencial teórico metodológico desenvolvido por Glaser e Strauss (1967), sociólogos da Universidade da Califórnia, no início da década de 1960. A *Grounded Theory* possui suas raízes no interacionismo simbólico e tem por um dos seus principais objetivos a construção de modelos teóricos com base nos dados investigados em um determinado objeto da realidade. A TFD se aplica na compreensão dos fenômenos e não no teste de teorias preexistentes (BOWEN, 2008; EAVES, 2001; BACKMAN; KYNGÄS, 1999; CASSIANI; CALIRI; PELÁ, 1996).

Assim, Strauss e Corbin (2008) afirmam que a TFD tem o propósito de construir um modelo teórico que facilite o entendimento dos fenômenos sociais a partir da perspectiva dos sujeitos investigados. Temos encontrado várias referências sobre o uso da TFD, mas optamos por utilizar o método proposto por Strauss e Corbin.

A TFD permite uma sistematização técnica e procedimentos de coleta e de análise que capacitam o pesquisador no desenvolvimento de teorias sociológicas sobre o mundo da vida dos indivíduos, uma vez que alcança significação, compatibilidade entre teoria e observação, capacidade de generalização e de reprodutibilidade, de precisão, de rigor e de verificação (SANTOS et al., 2018; DANTAS et al., 2009).

De acordo com Peluso; Baruzzi; Blay (2001, p.343), a ênfase da *Grounded Theory* consiste:

[...] em um método para a construção de teoria com base nos dados investigados de determinada realidade, de maneira indutiva ou dedutiva que, mediante a organização em categorias conceituais, possibilita a explicação do fenômeno investigado.

Trata-se de uma abordagem que compreende realidade a partir do conhecimento da percepção ou do significado que certo contexto ou objeto tem para a pessoa, o que para Dantas et al. (2009, p. 574):

[...] consiste em metodologia de investigação qualitativa que extrai das experiências vivenciadas pelos atores sociais aspectos significativos, possibilitando interligar constructos teóricos, potencializando a expansão do conhecimento em enfermagem e de outras áreas como psicologia, sociologia e outras.

Na *Grounded Theory*, a coleta de dados e a análise ocorre concomitantemente. A pesquisa utiliza com frequência os dados durante o estudo, revisa a questão norteadora do estudo e busca fatos que estão acontecendo no cenário social. A constante comparação do método é usada para desenvolver e para refinar as categorias teoricamente relevantes (SANTOS et al., 2018; SANTOS, 2008).

Nessa perspectiva, é válido ressaltar a importância da questão norteadora do estudo, a qual deve ser bem elaborada uma vez que norteia toda a coleta de dados. Na questão norteadora, o pesquisador é capaz de deixar claro que não está à procura do certo ou errado na resposta do participante do estudo e, sim, de qual é o verdadeiro significado da sua opinião sobre o tema/objeto de estudo (CORBIN; STRAUSS, 2015).

Devemos enxergar através do arsenal de técnicas metodológicas e da confiança nos procedimentos mecânicos. Os métodos, por si só, sejam eles quais forem, não geram uma pesquisa de boa qualidade ou análises astuciosas, o que importa é o modo como os pesquisadores utilizam os métodos. As aplicações mecanicistas dos métodos produzem dados comuns e relatórios de rotina (CORBIN; STRAUSS, 2015).

5.2 Etapas para a construção da *Grounded Theory*

Corbin e Satrauss (2015) e Strauss e Corbin (2008) apresentam etapas que bem elucidam o método dessa abordagem. As etapas são: coleta dos dados empíricos; procedimentos de codificação ou análise dos dados; codificação aberta; codificação axial ou formação e desenvolvimento do conceito; codificação seletiva ou modificação e integração do conceito e delimitação da teoria, as quais serão analisadas a seguir:

5.2.1 Coleta de dados empíricos

A coleta de dados na *Grounded Theory* pode ser realizada por meio de entrevistas e de observações. A entrevista permite maior flexibilidade para questionar o respondente no esclarecimento de pontos essenciais para a compreensão da realidade investigada. Permite, ainda, avaliar a veracidade das respostas, mediante observação do comportamento não verbal do sujeito. O pesquisador pode decidir o tipo de entrevista, se formal ou informal (DANTAS et al., 2009).

A entrevista formal segue um plano determinado de ação. É utilizada quando se deseja obter informações em profundidade em locais privados e com respondentes recrutados em locais predeterminados, podendo ser ela estruturada ou não estruturada. A entrevista estruturada, também denominada estandardizada ou padronizada, parte da premissa de que todas as respostas devem ser comparáveis com o mesmo conjunto de perguntas, tendo em vista que as diferenças refletirão as diferenças entre os indivíduos. Embora as questões devam ter o mesmo significado, pode haver liberdade na escolha das palavras, na sequência e no momento de elaboração, e essa será a adotada nesse estudo (MEDEIROS, 2011).

A entrevista não estruturada é também conhecida como não padronizada ou não estandardizada. Nela, o entrevistador nem sempre tenta obter o mesmo tipo de resposta usando o mesmo tipo de perguntas. Tem sido referida como entrevista em profundidade, intensiva ou entrevista qualitativa. A pretensão é que se obtenha as informações utilizando as próprias palavras dos entrevistados, que as descrições sejam feitas e os detalhes elucidados (CASSIANI et al., 1996).

Nessa etapa, vale destacar os *memorandos e diagramas*, os quais são construídos durante todo o processo de coleta de dados na TFD. Santos (2008) enfatiza que os memorandos constituem uma forma de registro referente à formulação da teoria, enquanto os diagramas são representações gráficas ou imagens que permitem a visualização das relações entre os conceitos. Ambos podem ser expressos por notas teóricas, notas metodológicas, notas codificadas ou subvariedades delas.

Dependendo da fase da pesquisa, dos objetivos e do tipo de códigos, os memorandos variam no conteúdo e no tamanho, parecendo muito simples e superficiais no início do estudo. Devem ser datados, incluindo a referência dos documentos de onde são extraídos. Devem, ainda, conter um título denotando o conceito ou categoria a que pertencem. A análise deles deve ser realizada da mesma maneira que as unidades de análise e incorporados ao paradigma de análise ou ao texto do relatório como notas teóricas ou metodológicas (CASSIANI; CALIRI; PELÁ, 1996).

Medeiros (2011) ressalta que os dados para análise geralmente constam de transcrições das gravações, de relatórios de observações, de memorandos e de documentos. Após a coleta dos dados iniciais, o investigador transcreve as gravações, realiza as leituras e procede à codificação ou à análise dos dados.

5.2.2 Procedimento de codificação ou análise de dados

A codificação ou análise dos dados é o procedimento por meio do qual estes são divididos, estabelecendo-se suas relações. O desenvolvimento de todo o processo analítico tem por objetivos: efetuar a construção da teoria, dar o devido rigor metodológico necessário ao processo científico, auxiliar o pesquisador na detecção de vieses, bem como no desenvolvimento do fundamento, da densidade, da sensibilidade e da integração necessária para que uma teoria possa ser constituída (STRAUSS; CORBIN, 2008). A análise dos dados processa-se em três fases interdependentes denominadas codificação aberta, codificação axial e codificação seletiva, a qual foi recentemente denominada de integração (CORBIN; STRAUSS, 2015).

a) *Codificação aberta*: Trata-se da primeira fase do processo de análise de dados. É um processo analítico por meio do qual os conceitos são identificados e suas propriedades e dimensões são descobertas nos dados. É realizada manualmente, mediante leituras das entrevistas, submetendo-as ao processo de codificação, na qual são apresentadas palavras ou frases que expressam a essência do discurso dos depoentes (CORBIN; STRAUSS, 2015; SANTOS; NÓBREGA, 2002).

Na codificação aberta, os dados são separados em partes distintas, rigorosamente examinados e comparados em busca de similaridades e de diferenças. Eventos, acontecimentos, objetos e ações/interações considerados conceitualmente similares em natureza ou relacionados em significado são agrupados sob conceitos mais abstratos, denominados “categorias”. Um exame rigoroso dos dados em busca de diferenças e similaridades nos permite uma boa discriminação e diferenciação entre as categorias (CORBIN; STRAUSS, 2015).

b) *Codificação axial*: entende-se pelo processo de relacionar categorias às subcategorias. É chamado de “axial” porque ocorre em torno do eixo de uma categoria, associando categorias ao nível de propriedades e de dimensões. Depois de realizada a codificação aberta, os códigos são reagrupados a partir de novas formas, originando-se os códigos conceituais. Nesse estágio, um referencial conceitual é gerado, usando-se os dados como referência. O investigador tenta descobrir o principal problema na cena social, do ponto de vista dos sujeitos participantes do estudo e de que forma eles lidam com o problema. Comparando todos os dados assim que os recebe, o investigador faz uma opção a respeito da permanência relativa dos problemas apresentados na cena em estudo (CORBIN; STRAUSS, 2015).

O objetivo da codificação axial é dar início ao processo de reagrupamento dos dados que foram divididos durante a codificação aberta. Na codificação axial, as categorias são relacionadas às suas subcategorias para gerar explicações mais precisas e completas sobre os fenômenos (CORBIN; STRAUSS, 2015).

A codificação seletiva, alterada recentemente para integração, obteve nova nomenclatura devido os autores considerar esse termo mais adequado para essa etapa da pesquisa. É momento de integrar e de refinar as categorias, sendo esta a terceira fase de análise. Pretende-se nessa fase estabelecer a emergência da categoria central e a integração com as demais categorias (CORBIN; STRAUSS, 2015).

Todas as categorias são abstraídas, analisadas, refletidas, sistematizadas e interconectadas. Nelas, o pesquisador encontrará o fenômeno central, que será a categoria central, consistindo na teoria fundamentada. Nessa última fase do processo de codificação, todos os códigos são organizados adequadamente, as categorias e as subcategorias emergidas (DANTAS, 2009).

Assim, é possível evidenciar a categoria central que surge mediante a relação desses agrupamentos, tornando-se explícita a experiência vivenciada pelos entrevistados no que tange à construção do modelo conceitual ou teoria substantiva (DANTAS, 2009). Todavia, Strauss; Corbin (2008) enfatizam que, somente depois que as principais categorias são finamente integradas para formar um esquema teórico maior, é que os resultados de pesquisa assumem a forma de teoria.

Em seguida à construção das categorias, elas são comparadas, relacionadas e interconectadas de acordo com o modelo paradigmático de Strauss e Corbin (2008). As condições causais, o contexto, as condições intervenientes, as estratégias e as consequências formam as relações teóricas através das quais as categorias são relacionadas uma à outra e à categoria central.

Esse procedimento pressiona o investigador a desenvolver alguma estrutura teórica denominando-se paradigma de análise, assim constituído: as condições causais, o fenômeno, o contexto, as condições intervenientes, as estratégias de ação/interação e as consequências (MEDEIROS, 2011; CORBIN; STRAUSS, 2015).

c) *Delimitando a teoria*: à medida que as categorias são reduzidas, a teoria emergente é delimitada. Nesse momento, o investigador pode descobrir uniformidades no grupo original de categorias ou suas propriedades. Pode, então, formular a teoria com um grupo pequeno de conceitos de alta abstração, delimitando a terminologia e o texto. A lista de categorias é também delimitada quando estas se tornam teoricamente saturadas. Dessa maneira, a quantidade de

dados que o analista precisa codificar passa a ser consideravelmente reduzida, possibilitando mais tempo para estudar e analisar. O universo dos dados é fruto da redução, da delimitação e da saturação de categorias (CASSIANI; CALIRI; PELÁ, 1996).

Uma vez estabelecida integração com as demais categorias, delimita-se a categoria central. A categoria central consiste em um conceito abrangente e abstrato onde o pesquisador, em poucas palavras, descreve o que considera ser o tema principal do estudo (SANTOS, et al., 2018; CORBIN; STRAUSS, 2015).

6 O Caminhar Metodológico da Pesquisa

6.1 Tipo de Estudo

Para uma melhor compreensão do fenômeno investigado, a pesquisa trata-se de um estudo de campo, descritivo e exploratório, com abordagem qualitativa na perspectiva da *Grounded Theory* ou Teoria Fundamentada nos Dados (TFD) como técnica para a organização dos dados e para a posterior análise.

A opção por realizar esta investigação guiada pela abordagem metodológica qualitativa se deu devido à natureza das inquietações e, a fim de contemplar os objetivos do estudo, por essa atender melhor as investigações de grupos delimitados, de histórias sob a ótica dos atores, permitindo desvelar processos sociais pouco conhecidos referentes a grupos particulares (MINAYO, 2010).

Sendo assim, os pesquisadores qualitativos possuem significativas vantagens em comparação aos pesquisadores quantitativos posto que, para Charmaz (2009), é que podemos acrescentar novas peças ao quebra cabeça da pesquisa ou criarmos quebra cabeça inteiramente novos enquanto coletamos os dados, e isso pode ocorrer até posteriormente, durante a análise.

Na pesquisa qualitativa, o entrevistador não é um ser passivo nem neutro, uma vez que participa e dirige todo o processo da entrevista com suas perguntas, prepara o roteiro, elabora e seleciona as perguntas que serão aplicadas e introduz questões e temas a serem discutidos pelo entrevistado. O entrevistador deve conhecer o assunto de forma que tenha maior envolvimento na condução da entrevista (FREITAS, 2006).

A pesquisa qualitativa permite ao pesquisador trabalhar de forma flexível. Os métodos da teoria fundamentada ampliam essa flexibilidade e, conseqüentemente, proporcionam maior o foco ao pesquisador. Quando bem utilizada, a teoria fundamentada, acelera a obtenção de um foco claro no que ocorre nos dados, não sacrificando o detalhe das ações desempenhadas, modelando e remodelando sua coleta de dados, refinando os dados coletados (CHARMAZ, 2009).

6.2 Contexto Social do Estudo

Para o desenvolvimento deste estudo, foi selecionado como *locus* da investigação um curso de Residência em Enfermagem Obstétrica oriundo de um dos Programas Nacionais de Residência em Enfermagem Obstétrica vigente na Região Sudeste do Brasil, localizado no Estado de Minas Gerais.

A proposta do Programa Nacional de Residência em Enfermagem Obstétrica PRONAENF, veio para contribuir na busca por respostas a problemas identificados na organização do processo de trabalho em saúde dos profissionais em formação e para a mudança do modelo de atenção pautado nas boas práticas e em evidências científicas.

O PRONAENF foi criado em 27 de março de 2013 como uma ação estratégica da Rede Cegonha, que objetiva a formação de enfermeiros obstétricos em todo o país, posto que as autoridades do setor saúde estavam preocupados com a necessidade de alteração do modelo assistencial biomédico na atenção materno-infantil (PRONAENF, 2012).

O Ministério da Saúde, em parceria com o MEC, disponibilizou 156 vagas de residência vinculadas às IES situadas em todas as regiões do país. Houve destinação de 30 vagas para o estado de Minas Gerais na ocasião. As enfermeiras residentes matriculadas recebem bolsas de estudo até a conclusão do programa de residência (BRASIL, 2012b; PRONAENF, 2012).

Nesse programa, formaram seis enfermeiras obstétricas em 2015, seis em 2017 que são participantes deste estudo. Atualmente, existem cinco enfermeiras que estão em formação as quais concluirão o curso em 2019.

Com uma densa carga horária, o programa é desenvolvido em 5760 horas, distribuídas em 60 horas semanais. Destas, 48 horas são de prática e 12 horas teóricas e/ou teórico-práticas. O programa tem duração de no mínimo 24 meses, com período de 30 dias de férias anuais. O conteúdo programático é desenvolvido por meio de atividades teóricas, teórico-práticas e práticas e fundamentado nos eixos articuladores, quais sejam: O sujeito e as interações no contexto da sociedade e do SUS; Ética, Cidadania, Direitos Humanos e Reprodutivos; Planejamento, organização do trabalho em Saúde no contexto do SUS, e as boas práticas e as evidências científicas no cuidado de enfermagem à mulher, ao neonato e à família (BRASIL, 2012a).

6.3 As atrizes participantes da pesquisa

A população de enfermeiras egressas do Programas de Residência em Enfermagem Obstétrica da UNIFAL-MG foi constituída por doze profissionais, certificadas nas duas primeiras turmas que concluíram em 2015 e 2017, respectivamente. A terceira turma estava em curso na época da coleta de dados, sendo este o motivo da não participação no estudo.

Como critérios de inclusão das participantes, estabelecemos: ser egressa certificada do Curso de Residência entre 2015 e 2017.

A priori, a quantidade de enfermeiras egressas que participaria do estudo não foi estabelecida, uma vez que o método de abordagem da Grounded Theory não adere uma amostragem estatística, ainda que a intenção fosse desde o início a abrangência total, caso houvesse o aceite do convite para a participação.

Para subsidiar a teoria, na coleta, na codificação e na análise dos dados, foi possível decidir a necessidade ou não de coletar mais dados, com o intuito de a teoria ser desenvolvida até o alcance da saturação teórica, a qual ocorre quando nenhum dado adicional consegue acrescentar algo novo.

Neste estudo, a saturação da amostragem foi atingida após a 9ª entrevista, contudo concluímos com todas as doze egressas, o que correspondeu a 100% da população, conferindo a congruência dos dados.

6.3.1 Conhecendo as atrizes sociais

Para garantir o anonimato das participantes e o sigilo dos dados, as atrizes sociais do estudo serão identificadas com nomes fictícios, as quais foram associados no momento das entrevistas para melhor identificação na codificação dos dados.

1. Abigail

Egressa da primeira turma, Abigail tem 50 anos, é divorciada e concluiu a residência em 2015. Possuiu larga experiência em docência anteriormente à residência obstétrica, com atuação inclusive em Saúde da Mulher, na área hospitalar em maternidades de dois hospitais do município. Sente-se feliz pela profissão escolhida e considera fundamental o conhecimento adquirido em sua vida profissional em relação ao conhecimento de nível acadêmico. Assim que Abigail concluiu a residência obstétrica, atuou em uma maternidade de uma instituição pública do Sul de Minas por dois anos, instituição parceira da residência obstétrica. Em seguida, foi contratada em uma instituição privada em outro município de Minas Gerais onde atua até o momento e concilia com serviços de assessoria materno-infantil como autônoma. Julgou que a residência na área materno-infantil veio a contribuir ainda mais com sua atuação profissional, o que considerou de grande importância.

2. Sara

Egressa da segunda turma, Sara tem 28 anos, é casada e concluiu sua residência obstétrica em 2017. Com brilho nos olhos, expressou durante toda entrevista grande motivação pela formação profissional escolhida, com a qual se identificou desde a graduação. Vibrou ao saber da residência obstétrica e se preparou para ser uma das alunas. Relatou a certeza sobre a área escolhida para atuar a vida toda e considera muito prazeroso aprofundar o conhecimento em uma área com que se identifica. Logo após a residência, foi contratada em uma maternidade de uma instituição pública do Sul de Minas, a mesma que foi campo de estágio para as alunas da residência, onde atua como enfermeira obstétrica em regime da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT). Considerou o acolhimento por parte dos professores na residência obstétrica fundamental. Relatou, ainda, que a boa formação profissional adquirida no curso ser fator norteador para a inserção ao mercado de trabalho e para o sucesso profissional.

3. Ana

Egressa da segunda turma, Ana tem 28 anos, é solteira e concluiu a residência em 2017. Relata que sempre teve afinidade com a área obstétrica e que, após a graduação, ficou um ano sem conseguir inserção ao mercado de trabalho e viu na residência obstétrica uma possibilidade de ocorrer essa inserção. Logo que concluiu a residência, foi inserida em uma maternidade do Sul de Minas, uma das instituições que acolheu as residentes na prática hospitalar durante o curso, onde ela se encontra até o momento. Ana reforçou a contribuição da residência obstétrica tanto em sua formação profissional como também na evolução como pessoa, sendo a maturidade o destaque de que ela se orgulha. Assim que concluiu a residência, foi contratada em uma Instituição privada em uma cidade do Sul de Minas Gerais, e não se identificou com funções, pois queria trabalhar de fato na área materno-infantil. Assim, após a aprovação em um processo seletivo, foi inserida em uma instituição pública do município de Varginha-MG, a mesma que foi campo de estágio para as alunas da residência, e atua até o momento como enfermeira obstétrica em regime da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT).

4. Rebeca

Egressa da primeira turma, Rebeca tem 29 anos, é casada e concluiu sua formação obstétrica em 2015. Logo após a graduação, fez uma pós-graduação *Latu Sensu* em Estratégia de Saúde da Família com carga horária de 360h e expressou a complexidade de conhecimento adquirido na residência quando comparado a outras modalidades de pós-graduação. Logo que concluiu a residência, Rebeca optou pela área acadêmica em invés de se inserir na atuação

materno-infantil diretamente e ingressou no Mestrado com linha de pesquisa e Gestão em Serviços de Saúde. Atualmente, ela trabalha por conta própria e faz consultoria materno-infantil, em sono infantil, laserterapia aplicada ao pós-parto. Expressou satisfação em sua atuação e atribuiu o sucesso à sua formação profissional na assistência materno-infantil por meio da residência. Continua desejando a área acadêmica e está se preparando para o ingresso no programa de doutoramento, em que pretende desenvolver seu estudo na área materno-infantil.

5. Ester

Egressa da primeira turma, Ester tem 28 anos, é solteira e teve sua formação obstétrica concluída em 2015. Após a graduação em enfermagem, trabalhou um ano como supervisora de estágio de uma faculdade do Sul de Minas Gerais, com atuação em maternidade e pediatria. Relatou que essa atuação docente abriu seus olhos para a necessidade de buscar qualificação profissional e, então, viu na residência a oportunidade sanar essa necessidade. Ao término da residência, Ester atuou em uma maternidade, todavia se identificou mais com a área acadêmica, e por esse motivo decidiu ingressar no Mestrado acadêmico da UNIFAL-MG, mesma instituição em que cursou a residência obstétrica. Narrou que a experiência na atuação profissional foi ruim e que o sistema político institucional em si não permite grandes mudanças e, por isso, entende ser necessário mudar na raiz, ou seja, na formação profissional, motivo este responsável por sua decisão pelo mestrado.

6. Marta

Egressa da segunda turma, Marta tem 26 anos, solteira, concluiu a residência obstétrica em 2017. Ao concluir a residência, precisou fazer uma escolha, atuar ou partir para o sonho da área acadêmica e, por afinidade e paixão pela docência, escolheu a área acadêmica e ingressou no Mestrado em Enfermagem com linha de pesquisa em Gestão em Serviços de Saúde. Está desenvolvendo em sua dissertação um estudo que deu origem ainda na residência, denominado “o prazer e o sofrimento no trabalho da enfermagem obstétrica”, o qual, por inviabilidade institucional, não foi efetivado na maternidade, mas expandido para o hospital inteiro. Relatou que, na ocasião do término do mestrado, pretende continuar na área acadêmica e ingressar no doutorado e continuar nessa linha de pesquisa, o prazer e sofrimento na enfermagem.

7. Maria

Egressa da primeira turma, Maria tem 30 anos, é casada e concluiu sua residência obstétrica em 2015. Optou pela junção da formação acadêmica e atuação profissional, ingressou no mestrado logo que concluiu a residência e foi contratada em uma unidade de atenção primária do município. Durante a entrevista gravada, demonstrou grande satisfação pela atuação na atenção primária, unidade em que foi contratada e, em seguida, foi aprovada em um concurso público e se efetivou nesta mesma unidade que, inclusive, foi campo de estágio durante a residência obstétrica. Por esse motivo, atribuiu o sucesso à formação profissional adquirida pela residência. Considera a residência uma política governamental adequada uma vez que confere subsídios para a qualificação profissional para que a enfermeira possa atuar em todo o contexto materno-infantil.

8. Débora

Egressa da segunda turma, Débora tem 28 anos, é solteira e concluiu a residência obstétrica em 2017. Relatou ter afinidade pela área materno-infantil desde a graduação e que a residência obstétrica veio contribuir no sentido de adquirir mais conhecimento e de aprofundar os conhecimentos teóricos bem como adquirir habilidade prática. Ao concluir a residência obstétrica, optou por ingressar na residência multiprofissional em saúde da família pela UNIFAL-MG, decisão tomada devido à identificação com a Atenção Primária de Saúde durante sua formação profissional. Na entrevista, Débora relatou que essa decisão se deu pela falta de perspectiva na área obstétrica e pela desvalorização do enfermeiro obstétrico na região do Sul de Minas. Kursou 1 ano da residência multiprofissional e se desligou do curso devido à aprovação em um concurso público para enfermeira da Atenção Primária em Saúde em um município de Sul de Minas Gerais. Com satisfação notória, mencionou que, dentre tantas áreas de atuação, desenvolve boa parte das habilidades adquiridas na residência obstétrica na unidade de serviço em que atua, e desenvolve as ações de enfermagem na saúde da mulher, no planejamento familiar, na atenção ao pré-natal e no puerpério, no crescimento e no desenvolvimento infantil, inferindo que a residência constituiu uma formação diferenciada a qual lhe dá condições de desenvolver uma assistência qualificada.

9. Miriã

Egressa da primeira turma, Miriã tem 28 anos, é solteira e concluiu sua residência obstétrica em 2015. Relatou ter afinidade pela área acadêmica, motivo pelo qual ingressou no mestrado após ter concluído a residência obstétrica. Ingressou no doutorado em 2018 e mantém a linha

de pesquisa na área materno-infantil. Considera que a maior contribuição para a sua formação profissional conferida pela residência foi a do conhecimento para atuar em todos os ciclos de vida da mulher.

10. Priscila

Egressa da primeira turma, Priscila tem 28 anos, é solteira e concluiu sua residência obstétrica em 2015. Apaixonada pela enfermagem obstétrica desde a graduação, Priscila não escondeu a satisfação de ter feito residência e de atuar na área materno-infantil. Antes da residência, atuou como enfermeira generalista por 1 ano e deu início a uma especialização em urgência e emergência, mas com o coração na obstetrícia. Foi quando surgiu a residência em enfermagem obstétrica na mesma faculdade em que Priscila graduou e ela não hesitou em abraçar essa oportunidade. Logo que concluiu a residência, atuou como docente na saúde da mulher, mas relatou que sua verdadeira paixão é a sala de parto, onde está atualmente em uma maternidade no interior de São Paulo, onde atua também com atendimento em parto domiciliar. Considerou a base teórica a melhor contribuição da residência obstétrica e atribuiu o seu sucesso profissional à formação adquirida no curso.

11. Eva

Egressa da segunda turma, Eva tem 28 anos, é casada e concluiu sua residência obstétrica em 2015. Graduada em enfermagem em uma instituição privada, relatou que cursar uma residência com carga horária superior a 5 mil horas foi realmente um grande desafio, pois quando ingressou no curso havia acabado de se casar. Ao concluir a residência obstétrica, Eva passou no processo seletivo para ingressar na residência multiprofissional, porém não concluiu devido a uma oportunidade de emprego que surgiu em uma maternidade do interior de São Paulo. Ela viu nessa oportunidade de emprego uma possibilidade de atuar na área materno infantil com condições de oferecer uma assistência qualificada pela formação profissional obtida. Considerou a inserção profissional mesmo antes de concluir a formação obstétrica a maior contribuição oferecida pela residência.

12. Rute

Egressa da segunda turma, Rute tem 28 anos, é solteira e concluiu a residência obstétrica em 2017. Graduada em Enfermagem pela UNIFAL-MG, considerou ter tido uma boa formação, porém, considerava que lhe faltava maturidade para exercer a profissão, e que a residência obstétrica trouxe esse desenvolvimento profissional e lhe conferiu capacidade de lidar com os

pacientes e com a equipe de enfermagem de forma mais equilibrada e segura. Logo que concluiu a residência obstétrica, Rute foi aprovada em um processo seletivo em Minas Gerais, atuou na área materno-infantil nesta instituição por 4 meses e saiu devido aos elevados índices de parto cesariana impossibilitá-la de exercer a obstetrícia segundo a competência profissional conferida por sua formação. Em seguida, foi aprovada em outro processo seletivo para enfermeira da Estratégia de Saúde da Família (ESF) na zona rural de um município do Sul de Minas Gerais. Em seguida, foi chamada para assumir uma vaga de um concurso prestado em um município do interior de São Paulo para enfermeira da ESF em 2014 onde se encontra atualmente. Relatou se sentir muito realizada e feliz com o sucesso profissional que alcançou.

6.4 Aspectos éticos da pesquisa

Para assegurar os direitos das participantes e cumprir os aspectos contidos na Resolução 466 de 12 de dezembro de 2012, do Ministério da Saúde (BRASIL, 2012c), que trata das diretrizes e normas preconizadas em pesquisa envolvendo seres humanos, esta proposta foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - Universidade de São Paulo (EERP/USP), via Plataforma Brasil, tendo sido aprovado, conforme Ofício CEP-EERP/USP nº 067/2018 (Protocolo CAAE: 82254517.9.0000.5393) (ANEXO A).

As egressas participantes da pesquisa foram informadas sobre os objetivos e preceitos éticos que norteiam uma investigação científica como a autonomia, os riscos, os benefícios e a relevância social da pesquisa, assegurando-lhes o sigilo das informações e a liberdade de interromper a sua participação em qualquer momento do estudo com ausência de prejuízos e de danos.

Para a garantia do anonimato, as participantes do estudo serão identificadas com codinomes de pessoas, os quais foram escolhidos pelas próprias participantes.

6.5 Teste-Piloto da Pesquisa

Foi realizado o teste-piloto, o que permitiu verificar a precisão das perguntas em relação aos objetivos que norteariam o estudo, bem como certificar de possíveis necessidades de adequações na condução da coleta de dados. Participou desse teste uma aluna do segundo ano (R2) da residência obstétrica da UNIFAL-MG na ocasião. A escolha de uma aluna que cursava ainda a residência se deu pelo fato de as participantes do estudo serem todas as egressas

das duas turmas já concluídas e o nosso interesse, desde o princípio, ser o de realizar o estudo com a população total.

Em seguida à realização do teste-piloto, observou-se a necessidade de alteração do instrumento de coleta de dados com a reformulação de uma das perguntas norteadoras, bem como o acréscimo de informações sobre a formação e atuação profissional após o término da residência obstétrica.

Concluída essa fase de teste-piloto da entrevista e após a realização das adequações, iniciaram-se as entrevistas com as egressas do curso.

6.6 Procedimentos para Coleta de Dados

A princípio, foi realizada uma visita com apresentação do projeto de pesquisa e seus objetivos à coordenadora do Curso de Enfermagem Obstétrica da Instituição de Ensino Superior (IES) e a vice-diretora da Escola de Enfermagem na qual se encontra o Programa de Residência Obstétrica em que egressas se formaram, a fim de deixá-las cientes da pesquisa. Em seguida, foi solicitada a autorização institucional (APÊNDICE A).

Posteriormente, foi solicitada à coordenadora do curso uma lista com os nomes completos, endereço eletrônico e telefone das egressas certificadas no período de 2015 a 2017. Dessa forma, o primeiro contato realizado com as participantes deu-se pelo envio de um convite para participar do estudo aos endereços eletrônicos das egressas, onde foram explicados os objetivos da pesquisa.

Todas as egressas aceitaram participar da pesquisa. Assim, foram agendadas a data, a cidade, o horário e o local onde as entrevistas foram realizadas, de acordo com a disponibilidade e preferência das participantes, uma vez que cada uma das egressas se encontrava trabalhando e/ou estudando nos estados de Minas Gerais ou São Paulo. Foi utilizado um diário de campo em que as observações foram registradas no momento das entrevistas.

A finalidade específica das entrevistas é construir informações pertinentes ao objeto da pesquisa, estas são conversas entre dois ou mais interlocutores em que o entrevistador aborda temas relacionados ao objeto tendo em vista o objetivo do estudo. O roteiro semiestruturado é um guia para a entrevista, contendo temas ou questões que façam parte do delineamento do objeto, encaminhado para lhe dar forma, permitindo também aprofundar a comunicação e não a cercar, contribuindo, assim, para emergir a visão dos fatos e das relações que compõem o objeto do ponto de vista dos entrevistados. O roteiro semiestruturado deve ser construído, de

modo a permitir flexibilidade nas conversas e na absorção de novos temas e questões trazidas pelo interlocutor (MINAYO, 2010).

A pesquisa somente iniciou-se após a posse do parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - Universidade de São Paulo. Após a aprovação do CEP, foi enviado um e-mail para cada egressa do Programa de Residência a fim de solicitar a participação na pesquisa e agendar a visita. O aceite foi condicionado à assinatura da autorização das participantes por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APENDICE B) em duas vias, sendo que uma das vias ficou com elas. Essa etapa visa assegurar a confidencialidade, a privacidade, a proteção da imagem e a não estigmatização das participantes.

A entrevista contou com instrumento próprio para caracterização de cada participante do estudo, sendo solicitado a esta que respondesse ao questionário semiestruturado. As questões norteadoras do estudo foram abertas, sendo o diálogo gravado com gravador digital e, em seguida a cada entrevista, transcritos fidedignamente. A gravação do áudio foi utilizada somente para fins da pesquisa.

A utilização da gravação nas entrevistas visa à ampliação do poder de registro e de captação e de elementos de comunicação considerados importantes, as pausas de reflexão, as dúvidas ou entonação da voz e o aprimoramento da compreensão da narrativa, uma vez que contribui para a preservação do conteúdo original além de aumentar a acurácia dos dados coletados (CEDRO, 2011).

Esse instrumento constituído de um roteiro de entrevista foi composto de questões abertas e fechadas que possibilitaram a obtenção de informações sobre os dados socio-demográficos, formação/qualificação profissional. Esse instrumento nos permitiu conhecer melhor as egressas e estabelecer um diálogo antes do início da entrevista gravada. Foram 11 questões fechadas relacionadas aos dados socioeconômicos e à formação profissional e 4 questões norteadoras, as quais foram voltadas para a formação e para inserção profissional das egressas do curso, sendo estas relacionadas à aptidão para o desenvolvimento da assistência de qualidade ao parto e do nascimento, bem como às condições de atuação profissional nas instituições de saúde e aos fatores facilitadores e dificultadores encontrados durante o processo de formação profissional (APÊNDICE C).

Por fim, a coleta de dados foi realizada no período de 09 de maio a 20 de julho de 2018 em distintos municípios de Minas Gerais ou de São Paulo, estados onde as egressas do curso atuavam ou onde elas estavam visitando pais e familiares. Dessa forma, foram respeitadas as preferências das participantes da pesquisa em relação ao local, ao dia e à hora para a entrevista.

As entrevistas foram gravadas e tiveram duração de 14 a 43 minutos. Um diário de campo foi utilizado pela pesquisadora para registros complementares que contribuem para a geração de dados para análise. As observações, as dúvidas e os esclarecimentos foram discutidos e anotados durante as próprias entrevistas. As descrições das impressões da pesquisadora foram registradas nesse diário. Essas anotações estão de acordo com o referencial metodológico escolhido no estudo, o qual refere-se aos memorandos que traduzem em notas teóricas e notas metodológicas que subsidiam o pesquisador no direcionamento da pesquisa, na compreensão de seu objeto de estudo e, ainda, na saturação das categorias.

As descrições do diário de campo são ancoradas nos objetivos propostos no início da pesquisa e nos aspectos de intercorrências derivadas ao reconhecermos a imprevisibilidade do campo da pesquisa. De acordo com Moraes; Quirino e Almeida (2009), os dados do diário de campo se constituem em “dados integradores”. Esses são relevantes para a análise dos instrumentos empregados, uma vez que auxiliam tanto na compreensão, como na melhor contextualização da análise do campo de pesquisa.

Todas as entrevistas foram realizadas em ambiente tranquilo, livre de ruídos e de interrupções, em local de trabalho ou na residência da egressa, de acordo com o desejo de cada participante. Logo em seguida a cada entrevista, os dados já foram transcritos fidedignamente.

6.7 Procedimentos de análise de dados

Em consonância com o referencial metodológico estabelecido no estudo, a TFD, os dados foram organizados manualmente. Respeitando-se as etapas propostas por Strauss; Corbin (2008), as entrevistas realizadas com as egressas foram transcritas e analisadas.

Após a transcrição de cada entrevista, realizamos uma leitura minuciosa e atenta das palavras, frases e linhas com o intuito de verificar os códigos abertos de acordo com a TFD. Esta se constitui a primeira etapa do processo de análise dos dados chamada de codificação aberta, e, assim, foram selecionados fragmentos da entrevista que retrataram a essência do relato da declarante, como se observa no Quadro 1.

Quadro 1 - Codificação aberta de acordo com o modelo da TFD. Exemplificando o agrupamento de códigos abertos. Alfenas, 2018.

Codificação Aberta		
Trecho da Entrevista	Essência do relato	Código Aberto
“A oportunidade de fazer a residência e principalmente a carga horária prática que a gente teve me ajudou bastante, eu me senti mais segura, com mais autonomia para atuar, a oportunidade também de passar por vários setores a cada três meses, conhecer uma rotina nova num lugar novo eu achei que contribuiu muito para o meu crescimento e qualificação profissional, principalmente na questão de amadurecimento e autoconfiança”.	“A oportunidade de fazer a residência e a carga horária prática me ajudou bastante, eu me senti mais segura, com mais autonomia para atuar, a oportunidade de passar por vários setores, contribuiu muito para o meu crescimento e qualificação profissional, principalmente na questão de amadurecimento e autoconfiança”.	Oportunidade de fazer a residência Adquirindo segurança e autonomia para atuar Contribuição para o crescimento e qualificação profissional com maturidade e autoconfiança.

Fonte: da autora

A transcrição da fala de cada entrevistada foi realizada pela autora, no computador, em editor de texto - com margens à esquerda enumeradas, com o intuito de facilitar o recorte do discurso. Após a digitação, uma revisão minuciosa do texto com a audição da gravação foi realizada, em que as falas foram comparadas com o texto, linha por linha, palavra por palavra, para certificar-se do relato fiel do texto ao pensamento da entrevistada, identificando-se, assim, qualquer trecho incompleto ou equívocos de expressão.

Após correção do texto transcrito, deu-se início ao processo de recortes, os quais foram codificados em uma tabela mantendo, na margem esquerda, os dados identificados e, na margem direita, os códigos. Passou-se ao processo de reflexão de cada código atribuído aos dados que foram identificados, sendo apartados por afinidade ou similaridade.

Em seguida, nova leitura das entrevistas foi realizada, agora com o olhar nos códigos abertos que emergiram dessa primeira etapa da análise. Essa segunda etapa da análise dos dados é denominada de codificação axial e constitui-se de grande importância, pois aproxima o pesquisador dos fatos sociais e contribui para um melhor conhecimento e reflexão dos elementos aflorados. Essa análise permitiu o agrupamento dos códigos semelhantes em subcategorias e categorias, como mostra o Quadro 2.

Quadro 2 - Codificação Axial de acordo com o modelo da TFD. Exemplificando a formação de subcategorias e categorias. Alfenas, 2018.

Código Aberto	Codificação Axial	
	Categoria	Subcategoria
Oportunidade de fazer a residência	Contribuição da Residência Obstétrica	Formação Profissional
Adquirindo segurança e autonomia para atuar		
Contribuição para o crescimento e qualificação profissional com maturidade e autoconfiança.		

Fonte da autora.

Detectaram-se códigos repetidos ou com significados semelhantes e, a partir de então, chegou-se à redução do número de códigos. Após a conclusão dessa etapa, todos os códigos de cada entrevista foram listados separadamente. Por conseguinte, realizou-se a impressão dessa planilha, o que facilitou uma análise isolada de cada entrevista. Com isso, foi possível agrupar e associar os códigos afins e constituir as primeiras categorias.

Nessa fase do estudo, um grande número de categorias surgiu logo no início da leitura das entrevistas. Na primeira análise realizada, surgiram oito categorias e nove subcategorias. Após exaustiva leitura dos códigos abertos que emergiram da primeira análise e, seguindo o enfoque proposto pelo método, foram revisados os depoimentos com o intuito de reduzir e de agrupar de maneira a concentrar em categorias mais amplas. Assim, as categorias foram redefinidas, emergindo cinco categorias e seis subcategorias.

Uma terceira análise foi realizada ainda na tentativa de reduzir e de agrupar subcategorias e categorias e, dessa vez, foi possível reordenar as subcategorias de modo a possibilitar pontes entre as categorias, trazendo coerência entre elas. Após a realização da quarta e última análise, obtiveram-se duas categorias e quatro subcategorias. Essa etapa possibilitou, ainda, a criação de quadros e de diagramas que demonstram a reflexão dos dados categorizados.

Para que se chegasse ao término da construção das categorias, as planilhas foram retomadas e a codificação axial foi digitada em uma coluna. As planilhas que, até então, estavam em arquivos separados, foram agrupadas e as categorias e subcategorias reunidas em um único quadro geral.

Assim, foi possível selecionar as categorias que apresentaram o mesmo significado para que a codificação axial fosse construída. Esta é uma forma inovadora de se organizar os dados em que novas categorias são formadas. Após essa etapa, uma nova coluna foi aberta, denominada codificação seletiva. Dessa forma, as integrações das categorias estabelecidas na codificação axial por afinidades foram postas, todas de acordo com suas propriedades e dimensões. Esse é um processo analítico e de imensa subjetividade que depende da maneira como o pesquisador faz a interpretação dos dados.

Partimos, enfim, para a terceira e última etapa do processo de análise dos dados, que teve por objetivo refinar e integrar as categorias, culminando em uma categoria que fosse central, a qual inclui todas as demais, emergindo a teoria fundamentada do estudo, que foi definida como: A Residência em Enfermagem Obstétrica para as egressas do curso conferiu formação para a atuação qualificada e a inserção ao mercado de trabalho com vistas à autonomia profissional. Essa etapa resultou na criação de um diagrama referente aos dados categorizados.

Por fim, foi realizada a análise das falas das atrizes do estudo. As falas que melhor retrataram a essência do relato e da categoria foram selecionadas a fim de serem utilizadas na discussão dos dados da pesquisa. Estas passaram por um processo de refinamento por meio do qual os vícios foram retirados e a linguagem culta foi padronizada.

7 Resultados e Discussão

7.1 Caracterização das Atrizes Sociais

O levantamento de dados obtidos das atrizes sociais foi realizado por um roteiro de entrevista que se referiu aos aspectos socioeconômicos, à formação e à atuação profissional, ao regime de trabalho atual e se entraram no mercado de trabalho ou deram continuidade a seus estudos.

O estudo foi composto por 12 enfermeiras obstétricas egressas da Residência em Enfermagem Obstétrica da Universidade Federal de Alfenas-MG, certificadas entre os anos de 2015 a 2017. O perfil sociodemográfico das atrizes evidenciou mulheres jovens, com idade média de 30,08 anos, com predomínio na faixa etária de 26 a 30 anos (91,66%) e solteiras (58,3%); as demais eram casadas na ocasião da entrevista e uma, divorciada.

Acredita-se que o perfil das egressas com predomínio do gênero feminino, solteiras e sem filhos se dá pela densa carga horária estipulada nos cursos de residência do Brasil, o que favorece a experiência profissional adquirida. O que nos chamou a atenção, ainda, foi que, das doze atrizes sociais, somente uma não era recém-formada. Esse fato aponta para a realidade do grupo que apresenta maior interesse em cursar uma residência, uma vez que, dessa forma, elimina-se o fator inexperiência como barreira para a conquista de uma vaga de emprego.

Quanto à atuação profissional após a residência obstétrica, cinco das 12 egressas (41,6%) optaram pela atuação na área hospitalar, na assistência direta ao parto e ao nascimento; três (25%) seguiram na atuação a Atenção Primária da Saúde (APS); cinco foram para a formação acadêmica *stricto sensu* (41,6%), sendo que, destas cinco, uma optou por conciliar formação acadêmica e atuação profissional na APS. Quatro participantes do estudo (33,3%) conciliaram a atuação profissional no hospital ou estudos com o trabalho autônomo de assessoria materno-infantil.

A remuneração das participantes do estudo variou em média R\$ 3.857,50 para a atuação na APS, com assistência também ao pré-natal, no puerpério e na puericultura. Para a assistência hospitalar direta ao parto e nascimento, a remuneração foi em média de R\$ 3.050,00. As profissionais autônomas que prestavam assessoria materno-infantil tinham uma renda média de R\$ 2.600,00, aproximadamente, a depender do mês. É importante lembrar que o salário mínimo na ocasião das entrevistas era de R\$ 954,00.

Foi interessante observar que as atrizes do estudo que cursaram outra pós-graduação ao término da residência, optaram por ingressar em outra residência, a multiprofissional em saúde da família, porém cursaram menos de um ano e desistiram para entrarem no mercado de

trabalho na área materno-infantil. As egressas que optaram pela carreira acadêmica exclusiva receberam bolsa do governo de incentivo aos estudos, as quais variaram entre R\$ 1. 500,00 e R\$ 1.900,00 para mestrado e R\$ 2. 200,00 para o doutorado.

Observa-se que, das 12 egressas, cinco optaram pela carreira acadêmica - mestrado ou doutorado-, observando-se um resultado interessante diante da realidade atual do país. Estudo realizado recentemente sobre o seguimento de doutores egressos de um programa de pós-graduação em enfermagem apontou o decréscimo de estudantes em busca do doutorado acadêmico ao redor do mundo (GUTIÉRREZ; BARROS; BARBIERI, 2019).

Os achados deste estudo apontam para a necessidade de os programas de estarem abertos à uma tendência atual do mercado de trabalho que busca por profissionais qualificados e com experiência para ocupar significativos cargos em suas empresas. A tendência mundial é a oferta de mestrados e de doutorados profissionais para atenderem mais a essa necessidade (GUTIÉRREZ; BARROS; BARBIERI, 2019).

Vale ressaltar que a residência em saúde prepara o profissional para atuar dentro dessa perspectiva, se considerarmos a ampla carga horária do curso e a variedade de experiência adquirida durante o processo de formação.

Estudo com egressos do curso de Mestrado de Angola e de Moçambique evidenciou a ocupação de cargos de destaque como chefia, direção e secretaria de Estado e, ainda, gestão de programas de saúde e docência. Os resultados apontaram como atributos do curso a formação acadêmico-profissional, o crescimento pessoal e a ampliação da rede de relações (ABREU; GUILAM, 2017).

A enfermagem brasileira há muito tempo se mantém em condição de desvalorização profissional, de baixos salários e de não reconhecimento da categoria por outros profissionais. Tal condição faz com que os enfermeiros recém-formados optem pela reiterada qualificação profissional nas modalidades que contam com a ajuda do governo, já que assim eles terão uma titulação reconhecida e com o incentivo da bolsa de estudos.

Pesquisa realizada nos Estados Unidos da América evidenciou um retrato da enfermagem moderna. 50% dos enfermeiros entrevistados consideram a possibilidade de deixar a profissão alegando desvalorização profissional, assédio moral, carga horária de trabalho acentuada com consequente qualidade de vida diminuída. O estudo aponta que a saída de enfermeiros dos campos de atuação aumentaria a crescente escassez de enfermagem já evidenciada no país (RNNETWORK, 2017).

No Brasil, a realidade da desvalorização e da desmotivação profissional permanece de forma acentuada e está também relacionada a alguns fatores acima aludidos, como a carga

horária de trabalho e a ausência de piso salarial para o enfermeiro. Quando a profissão e o profissional são valorizados, agrega-se qualidade e satisfação profissional, entretanto não podemos ignorar que a crise que o País enfrenta, bem como a Reforma da Previdência, são fatores que geram instabilidade. Esses fatores, culminados a crescente evolução tecnológica e rapidez na informação, traz reflexos diretos em muitas áreas profissionais, inclusive na enfermagem.

A formação qualificada adquirida por meio de uma residência em saúde exige muito do aluno, pois são 5.700 horas de exclusiva dedicação. Para tanto, o governo oferece a esse aluno uma bolsa de estudos no intuito de oferecer a qualificação e que esta seja remunerada. A bolsa de estudos constitui um excelente atrativo para os profissionais que se interessem por uma pós-graduação na modalidade residência. O valor atual da bolsa de estudos da residência em saúde está R\$ 3.330,43, sendo esta considerada essencial para o aluno devido à necessidade de participação em período integral durante 24 meses.

Todavia, o que se observa é que esse incentivo pode até aumentar a procura pela formação profissional qualificada, mas nem sempre existe o real desejo de se obter uma qualificação e nela se estabelecer profissionalmente.

Em contrapartida, essas vagas são criadas para atender às políticas para redução da mortalidade materna e neonatal e aumentar as estatísticas de profissionais qualificados no país. Contudo, o que se vê é a dificuldade de inserção profissional e a necessidade de melhoria dos indicadores de saúde perinatal.

Conclui-se que há necessidade de políticas salariais mais consistentes para os enfermeiros, de modo que o profissional tenha um salário compatível com a sua qualificação e maior do que o período de estudante, o que se constitui em um fato que não tem ocorrido.

7.2 Construindo os Diagramas

Os resultados obtidos por meio das entrevistas realizadas com as egressas serão apresentados a seguir. Posteriormente à transcrição e à análise dessas entrevistas, afloraram as categorias e os diagramas, cujas reflexões tornaram-se possíveis após a aplicação da metodologia da Grounded Theory. Foram realizados recortes de unidades de análise, identificação de códigos, agrupamentos e categorizações, até o alcance como resultado analítico a categoria central. Relacionar uma categoria com a outra nos permitiu o estabelecimento da integração e da compreensão do fenômeno, tarefa que foi facilitada uma vez que utilizamos o modelo de paradigma de Strauss; Corbin (2008).

A utilização do método proposto nos levou a contextualizar o significado da contribuição da residência obstétrica na formação e na inserção profissional para as enfermeiras obstétricas egressas do curso participantes do estudo; a aptidão e a segurança para exercício profissional após a residência; a opinião destas sobre as condições de atuação profissional do enfermeiro obstétrico nas instituições de saúde; e os fatores facilitadores e dificultadores encontrados no processo de formação profissional.

O diagrama 1 refere-se à identificação das contribuições da residência obstétrica na formação de enfermeiras qualificadas. Denominamos essa categoria de “Contribuição da Residência Obstétrica”, dividida nas subcategorias: Formação profissional; Inserção profissional; Experiência profissional do residente e Autonomia profissional para a atuação. As contribuições da residência obstétrica neste estudo referem-se aos subsídios oferecidos pelo curso na formação e na inserção profissional de enfermeiras egressas.

7.3 Diagrama 1 - Identificando as Contribuições da Residência em Enfermagem Obstétrica na Formação de Enfermeiras Qualificadas

Fonte: Elaborado pela pesquisadora

7.3.1 Categoria: Contribuição da Residência em Enfermagem Obstétrica

7.3.1.1 Subcategoria: Formação Profissional

A formação qualificada de um profissional de saúde vai além do mero aprendizado de competências e de habilidades de ordem técnica. Inclui o manejo de situações de ordem abstrata, em que todo um conjunto de valores éticos e morais são assumidos dada a sua importância.

Os modelos de formação dos profissionais da saúde são reportados ao início do século XXI, quando se iniciou a reorganização dos serviços de saúde, em que as principais atuações baseavam-se na promoção da saúde, na prevenção e no tratamento de agravos. A recuperação da dimensão cuidadora e a busca da integralidade na atenção à saúde são os desafios colocados para a organização do cuidado no interior dos serviços de saúde (MAGNABOSCO, *et al.*, 2015).

A dimensão cuidadora e a integralidade na atenção à saúde são elementos essenciais trabalhados na Residência em Enfermagem, o que reporta a uma formação profissional diferenciada para os profissionais que optam por essa modalidade de pós-graduação.

Segundo a resolução do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) nº 259/2001 em seu artigo 2º, “a residência em enfermagem configura-se em modalidade de pós-graduação “*Lato Sensu*” destinada a enfermeiros, caracterizada por desenvolvimento das competências técnico-científica e ética, decorrentes do treinamento em serviço” (COFEN, 2001).

Na área da saúde, a formação e prática profissional cotidiana do enfermeiro tendem a seguir as disposições que são sustentadas pela perspectiva das competências e capacidades que o profissional possui de ter iniciativas, não se limitando apenas às atividades pré-estabelecidas. Tais ações o levam a ter compreensão e domínio de novas situações no trabalho e de responsabilidades as quais são reconhecidas por suas práticas (SADE; PERES, 2015).

Essas práticas são desenvolvidas e aprimoradas na formação profissional obtida pela residência em enfermagem obstétrica. Há um reconhecimento e uma satisfação das enfermeiras egressas participantes do estudo sobre a formação profissional de qualidade a qual conferiu aptidão e segurança para atuar em todo contexto materno-infantil, como se pode verificar nos depoimentos abaixo.

A residência para mim foi muito importante, eu faria de novo, em que pese o cansaço, a carga horária, tivemos uma base teórica muito boa o que contribuiu e muito para minha formação, e por isso eu sou uma profissional muito segura do que eu faço. (Ana).

“Eu acho que a residência, diferente das outras modalidades de pós-graduação, ela é muito mais consistente. ” ... “até pela carga horária, eu já tive oportunidade de fazer uma pós-graduação de 360 horas, um mestrado, e das três modalidades que tive experiência, a residência foi, com certeza, a que mais contribuiu com minha formação profissional, a que eu mais aprendi, e com isso, a que mais me deu segurança para atuar” (Rebeca).

“Na residência, como a gente tem muitas horas de prática, a gente percebe que consegue fazer as técnicas, vamos adquirindo segurança para realizar tudo e, principalmente a perda do medo do parto, porque no nosso imaginário a gente acha que vai dar tudo errado e a partir da residência a gente percebe que é natural, e que o normal é dar tudo certo (...) A residência me ajudou a enxergar isso”. (Marta).

() A residência veio para contribuir no sentido de adquirir e aprofundar os conhecimentos teóricos na área e também adquirir habilidade prática”. (Débora).

“Eu vejo a residência em enfermagem obstétrica como uma grande boa aposta do governo, eu acho que o trabalho de parto acompanhado pela enfermeira é essencial pois ela se dedica a uma atuação humanizada e tem a paciente por exclusiva”. (Maria).

A eficácia da residência como modalidade de pós-graduação é considerada destaque, uma vez que proporciona inúmeros encontros em que as ações de saúde são produzidas pela presença contínua dos residentes e, assim sendo, ela se torna um dispositivo que permite a mudança e a inserção de práticas, potencializando a formação de agentes capazes de transformar a assistência à saúde (LOBATO; MELCHIOR; BADUY, 2012).

Os Programas de Residência existentes no país possuem seus Projetos Pedagógicos (PP) voltados para as necessidades e realidades locais, exatamente para viabilizar a formação de especialistas que possam se alocar em regiões deficientes de profissionais qualificados no país. Tais programas buscam, ainda, desenvolver competências e habilidades que são inerentes à boa execução dos trabalhos do profissional de saúde, em ser um profissional crítico e reflexivo, com perfil de generalista, para atuar de forma integral e interdisciplinar nos três níveis de atenção à saúde, nas ações de promoção da saúde, na prevenção de riscos e de agravos, na manutenção da saúde, em tratamento e em reabilitação (BRASIL, 2012a, BRASIL, 2012b).

Diante do modelo tradicional de formação profissional existente, formar profissionais com qualificação técnica e cognitiva, sob a perspectiva da integralidade, constitui uma proposta desafiadora e que insinua a reorganização dos serviços e uma análise crítica do processo de trabalho. É possível executar essa proposta expressada como desafiadora e, assim, retirar a

integralidade do escopo teórico e torná-la uma prática concreta capaz de modificar realidades com vistas à promoção da saúde da população (OLIVEIRA; BALARD, 2013).

Nesse sentido, observou-se que as residentes em enfermagem obstétrica foram coparticipantes de sua formação. Estas atuaram de forma dinâmica e construíram respostas e, ao mesmo tempo em que participaram da construção influenciada pelo tipo de formação proposto pela residência, foram criativas e desafiaram em se manter em constante atividade o que as auxiliou no desenvolvimento de habilidades e de competências.

Diante desse cenário de progresso na qualificação profissional, observam-se os avanços no enfrentamento dos óbitos maternos no Brasil. Segundo dados publicados pelo MS, Brasil (2014), a redução de morte materna durante a gravidez, durante o parto ou o puerpério tem ocorrido de forma acentuada.

Em 1990, ocorreram 141 óbitos por 100 mil nascidos vivos; em 2011, a taxa ficou em menos de 65 óbitos por 100 mil nascidos vivos. A relevância dessa redução está, não apenas no número de vidas poupadas nesse período, mas também nos progressos significativos quando o assunto é a garantia dos direitos sexuais e reprodutivos da mulher e também os direitos de cidadania (SILVA et al., 2016).

Atualmente no país, o índice de mortalidade está em 64,5 óbitos para cada 100 mil nascidos vivos, todavia o número ainda se mantém bem acima da meta firmada com Organização das Nações Unidas (ONU) de 30 óbitos para cada 100 mil nascidos vivos até 2030, de acordo com os Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS) (OPAS/ OMS, 2019).

Esses resultados refletem diretamente em outra condição preocupante do país que é o parto cirúrgico. Na assistência materno-infantil, as expressivas taxas de cesariana têm sido uma das grandes preocupações tanto políticas quanto institucionais.

A cesárea pode causar complicações significativas e às vezes permanentes, assim como sequelas ou morte para a mãe e para o bebê. No Brasil, tem-se observado uma redução do número de cesáreas desde 2010, quando os índices caíram de 57% para 55,5% de acordo com o MS (2017), mas o país continua liderando o ranking, sendo o segundo com as maiores taxas de parto cirúrgico (55,5%), perdendo apenas para a República Dominicana (58,8%) (ZANARDO et al, 2017; BRASIL, 2017).

Ao refletir sobre a taxa de 15% ser um número considerado favorável para esse tipo de parto, seria interessante que os esforços fossem concentrados na garantia do número de cesáreas ocorrer nos casos em que haja a real necessidade, em vez de se correr em busca do alcance de índices específicos de cesáreas.

Por essa razão, o que se vê é a tímida redução de partos cesáreas no país e, ainda assim, essa redução é resultado do investimento do governo na formação de profissionais qualificados e na inserção destes na área obstétrica, em especial, enfermeiros obstétricos. É um longo caminho e se percorrer, mas as perspectivas são positivas.

Esses esforços têm sido empenhados no Brasil com o intuito de mudar essa realidade. Ao longo das últimas décadas, uma série de diretrizes, de normas e de protocolos foram propostos a fim de se assegurar a melhoria do modelo de assistência obstétrica vigente assim como a estimulação de práticas menos intervencionistas (SOUZA; GAÍVA; MODES, 2011).

Contudo, esses esforços têm se mostrado ineficientes. Acredita-se que a persistência dos maus indicadores maternos e perinatais esteja diretamente relacionada ao uso inadequado de tecnologias ou a realização de intervenções desnecessárias ou por conveniência médica que muitas vezes independe do desejo da enfermeira obstétrica em evoluir o parto de maneira fisiológica, sendo esse um entrave entre equipe o qual foi relatado em alguns depoimentos como se pode observar nas falas a seguir.

() mas muitos ainda não têm essa visão, não conseguem reconhecer que o parto pode ser totalmente da enfermeira obstétrica. Mas isso é uma questão de resistência e de opinião própria deles [médicos]. Mesmo se você vê que a situação está favorável, que vai evoluir para um parto, se eles acharem que não vai, eles não te escutam e vão fazer o que eles decidirem. (Ana).

E quando finalmente acabou meu plantão o médico chega, a paciente já estava com 9cm de dilatação e ele simplesmente decide fazer uma cesárea nela (). Éramos quatro enfermeiras obstétricas para toda uma comitiva de médicos por trás, todos contra o parto normal (). () eu queria tanto ter feito alguma coisa diferente, mostrado o outro lado pra ela [parturiente], mas não, quem chegou e resolveu a situação foi o médico que fez a cesárea. (Ester).

Temos ainda a cultura da cesariana, mas o parto normal tem ganhado espaço, e cada vez mais as políticas têm trazido essa autonomia para o enfermeiro e têm hospitais que são mais conscientes nessa parte e estão mais incisivos, fazem questão da gente, eles têm o enfermeiro como parceiros de trabalho mesmo. (Abgail).

Dentro do modelo de atuação não só nos hospitais, mas na atenção primária, a assistência ainda é muito voltada para o médico, e isso também que é muito cultural, observa-se a tentativa de mudança até em relação à formação profissional, mas ainda leva tempo. (Maria).

O modelo de assistência ao parto e nascimento no Brasil tem passado por notável transição. Esse modelo, exposto nas falas anteriores, denominado por Davis-Floyd (2001) tecnocrático, é de prática cotidiana que considera o parto um evento médico e de risco, em detrimento do cuidado centrado na mulher. Tais procedimentos marcam o parto e o nascimento

com uma cascata de intervenções desnecessárias e prejudiciais que resultam nas altas taxas de cesarianas, e mais, fazendo do nascimento um evento patológico o qual necessita ser tratado.

No empenho para mudar essa realidade, a partir da década de 1980, o movimento de humanização do parto ganhou visibilidade por proporcionar à parturiente uma assistência acolhedora e respeitosa, baseada em evidências científicas, sendo este um dos marcos mais importantes da transição para o modelo assistencial obstétrico brasileiro anteriormente mencionado (BRASIL, 2001; WHO, 1996).

A prática obstétrica baseada em evidências científicas descrita pela WHO (1996), reforçada mais tarde pelo MS (2001), baseia-se na classificação de condutas obstétricas no parto normal, segundo os critérios de utilidade, de eficácia e de risco. Esses documentos apontam a Enfermeira Obstétrica (EO) como elemento alicerçador e indispensável na assistência humanizada ao parto. Alguns depoimentos deste estudo apontaram a importância da correlação de tais práticas na assistência obstétrica:

No[...] foi lindo, a coisa mais incrível, mais maravilhosa, fomos muito bem acolhidas, eles mostraram a instituição, tinha palestras no período de trabalho, academia dentro da instituição, casa de parto aos cuidados exclusivos da enfermeira obstétrica, médico, era só se tivesse alguma distocia, nossa foi uma coisa que achei que nunca ia viver! Era perfeito, tudo com base em evidência científica. Rute.

Eu fiquei muito encantada no [...] foi com a questão do estudo, porque tudo que eles [equipe multiprofissional] fazem é baseado em evidências científicas, eles estudam o tempo todo. Já no interior, o que a gente observa é tudo muito da prática, o profissional faz isso há muitos anos, sempre fez assim e assim permanece(). Débora.

Estudo realizado em Belo Horizonte - MG evidenciou a incisiva participação das enfermeiras obstétricas na assistência ao trabalho de parto, no parto e no nascimento nos cenários do estudo semelhantemente aos achados deste estudo. Os resultados apontaram o predomínio dessas profissionais na assistência obstétrica, o que reforça sua importante contribuição aos aspectos relacionados à prática assistencial, em concordância com a OMS, com o MS e com os princípios da humanização. Sendo as práticas obstétricas respeitadas ou não, as enfermeiras obstétricas têm papel importante para a mudança de condutas inapropriadas (SOUZA et al., 2016).

Para que esse cenário continue em progressão, é necessário que uma mudança de paradigma do próprio modelo de assistência ao parto aconteça e as instituições apoiem a inserção das enfermeiras obstétricas no parto e no nascimento. A transformação do modelo

assistencial ainda é um desafio e requer esforços de gestores, da sociedade e das próprias enfermeiras obstétricas.

Com o intuito de garantir mais acesso, cuidado, informação e saúde à mulher brasileira, o MS tem investido na formação qualificada de profissionais com vistas à redução dos índices alarmantes de partos cirúrgico e à redução da mortalidade materna e perinatal. A qualificação profissional por meio da residência em Enfermagem Obstétrica tem sido uma excelente estratégia para a redução de intervenções desnecessárias, entre elas, a cesariana, reconhecidamente nas falas abaixo:

(...) quando nós entramos na residência, foi nítida muitas mudanças, inclusive a redução dos altos índices de cesáreas de nossos campos de estágios. (Miriã).

As primigestas já não fazem mais cesáreas sem ter uma indicação real da necessidade. Estamos conseguindo elevar o número de partos normais. É claro que depende muito do plantonista, estamos com muitas médicas novas, de mente aberta, atualizadas, sem medo de conduzir um parto normal. Temos tudo para ter um número grande de partos normais e com uma assistência qualificada. (Sara).

No pré-natal, eu trabalho muito a questão da humanização no parto e no nascimento, nossa, como isso é importante! E como é importante as mulheres chegarem para ganhar seus bebês sabendo dessas coisas tão simples e tão ocultas ao mesmo tempo. (Débora).

Corroborando os achados supracitados, estudos científicos nacionais e internacionais têm relacionado os aspectos da melhoria da assistência aos partos e aos nascimentos e a redução dos riscos de intervenções desnecessárias e partos cirúrgicos com a presença de profissionais qualificados, com destaque à atuação da EO. Nessa perspectiva, a atuação da EO pode ser uma medida que, não somente reduz tais intervenções, como também oferece um cuidado integral à família, proporcionando maior sensação de controle da experiência do parto pelas mulheres (AMARAL, et al., 2019; SANDALL et al., 2015; SOUZA; GAÍVA; MODES, 2011).

Aos profissionais da saúde, cabe a criação e a utilização de conhecimentos científicos sistematizados e direcionados para a necessidade individual de cada parturiente, a fim de que esta seja mais bem assistida neste momento singular de sua vida. A exemplo disso, temos os instrumentos legais e básicos que são difundidos na formação profissional da enfermeira obstétrica, os quais a preparam para o desenvolvimento de um cuidado holístico e respeitoso e tornam a assistência ao ciclo grávido-puerperal menos medicalizada (CARVALHO, et al., 2012).

A assistência de enfermagem obstétrica é respaldada pela Portaria do MS nº 2815/98, de 29 de maio de 1998 e o “parto sem distocia”, realizado pelo enfermeiro obstétrico, incluídos na Tabela do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde, assegurando a autonomia desse profissional no cuidado obstétrico (BRASIL, 1998).

Um ponto a ser considerado importante na formação profissional em saúde está relacionado ao comprometimento dos docentes nesse processo. O reconhecimento e a satisfação das egressas do estudo sobre o aprendizado teórico e a qualificação adquirida no curso de residência foi explicitado em diversas falas como apontadas a seguir:

Eu me senti apta, mas segura não. A base teórica da residência é muito boa, todas as professoras são muito qualificadas, elas nos prepararam, nos ensinaram muito, mas a segurança para atuar na prática não dependeu delas, mas dos campos de estágio e isso deixou a desejar. (Eva).

() nós sabemos do desejo e esforço das professoras na qualidade da nossa formação, no nosso aprendizado, de que realmente a gente praticasse tudo que aprendemos na teoria. (Débora).

E especificamente em nosso programa, a gente contou com professoras maravilhosas, super- capacitadas, então não foi só uma contribuição profissional, foi uma contribuição como pessoa também, ser humano, então para mim foi nota 10. (Rebeca).

“No parto sem distocia, eu tenho segurança para atuar, na atenção primária excelente, faço muitos pré-natais onde eu trabalho, a residência contribuiu bastante com a minha formação e as professoras fazem parte de tudo isso. Elas [professoras] eram muito exigentes, por isso que a gente sai com essa qualificação profissional. (Rute).

Vale ressaltar que no processo de formação profissional é importante que os projetos pedagógicos e os docentes de diversas áreas se proponham a trabalhar a interdisciplinaridade, no sentido de desenvolver um processo de trabalho conjunto dos residentes. Isso pode favorecer não somente os usuários dos serviços de saúde como também os residentes envolvidos nesse processo contínuo de ensino, de aprendizagem e de assistência qualificada.

De acordo com Silva et al. (2014), a articulação do cuidado possibilita que um profissional conheça a ação do outro e agregue novos saberes a sua prática e atuação em equipe. Profissionais cuja formação é pautada em uma atuação em equipe potencializam a performance colaborativa, visto que faz-se necessário que a construção dessas atuações abranja um caráter de transformação e de progressão das práticas assistenciais frente ao cuidado prestado ao usuário dos serviços de saúde.

Nessa lógica, ao desenvolver as atividades propostas nos campos de estágio, o residente tem seu olhar ampliado em relação à percepção de que a interdisciplinaridade pode

contribuir com a satisfação do profissional e do usuário que compõem os serviços públicos de saúde, aprimorando, ainda, a maneira de observar e de conhecer as práticas assistenciais (MAIA et al., 2013).

Para tanto, a valorização das atividades realizadas a partir da inserção dos residentes tem contribuído para a atenção à saúde e para os serviços de saúde, como possibilidades conjuntas entre trabalhadores dos serviços, usuários e apoiadores pedagógicos, ou seja, preceptores, tutores e docentes (MELLO, et al., 2018).

O estímulo à reflexão crítica e o encorajamento das docentes ao desempenho de atividades diferenciadas foi um ponto fundamental na formação profissional das atrizes do estudo, apontado como fator facilitador como evidenciamos nos relatos seguintes:

Outro ponto facilitador da residência foi a ideia de [uma professora do curso] de que a gente criasse protocolos institucionais para atuação do enfermeiro na atenção primária e hospitalar para finalizar o programa, lógico que gerou um medo porque eu nunca tinha feito algo parecido, mas elas sempre acreditavam que éramos capazes, eu acho que foi um ponto muito positivo para a gente. (Priscila).

(...) E quando nós escrevemos os protocolos de atuação que nos foram propostos, nós não só finalizamos a residência, como também idealizamos um trabalho nunca feito, e que hoje me dá base para atuação onde estou, já que estamos renovando e implementando os protocolos de lá. () com o protocolo todo mundo age igual e a assistência fica mais qualificada (). (Priscila).

A formação profissional qualificada requer que se estimule a reflexão crítica dos docentes, e estes, dos estudantes inseridos nos diversos cenários de aprendizagem, bem como dos profissionais das redes de serviço. Oliveira e Balard (2013) ressaltam que conhecer a realidade e dela criar sínteses críticas constitui o pressuposto norteador dos processos formadores em saúde, em especial aos profissionais que irão atuar na atenção integral.

Admite-se que um profissional formado nessa perspectiva da integralidade atuará no sistema público de saúde onde estiver inserido com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania como verdadeiros promotores da saúde do ser humano, sempre atentos às necessidades de saúde da população de maneira a assegurar a qualidade da atenção e a humanização do atendimento (BORBA; CLAPIS, 2016).

Dentro dessa mesma perspectiva, quando um residente é inserido no campo de execução, a articulação teórico-prática ocorre de maneira que permite a capacidade de reflexão e de contextualização frente aos obstáculos, muitas vezes permeados pelas experiências do cuidado, os quais, por sua vez, contribuem com a obtenção de resultados positivos para a formação.

7.3.1.2 Subcategoria: Inserção Profissional

A inserção profissional é um processo de fundamental importância, de socialização secundária cuja continuidade do aprendizado advém da família e de grupos primários no ambiente de trabalho onde ocorre a aprendizagem das relações de cada grupo dentro desse ambiente. A partir da inserção profissional, se estabelecem os modos de pensar e de agir na esfera do trabalho (OLIVEIRA, 2012).

Segundo Franzoi (2011, p. 229), “o termo inserção profissional refere-se ao processo de valorização e legitimação dos saberes e dos diferentes atributos dos indivíduos que se dá entre a formação e o trabalho, construído pelos autores em um ou outro campo de atuação”. A autora destaca que a inserção profissional apresenta dois limites: o sistema de formação e o produtivo e tem sua dinâmica caracterizada pelos nexos concomitantes de interdependência e autonomia entre esses dois sistemas (p. 164).

Um profissional de saúde, quando busca por uma qualificação, automaticamente associa essa busca pela definição de sua vida profissional. A inserção ao mercado de trabalho, seja qual for a área em que ele deseje atuar, é a concretização de um sonho gerado. Neste estudo, as egressas encontravam-se atuando em diversas áreas, todas elas relacionadas à formação profissional conferida pela residência.

De todas as entrevistadas, 42,6% encontravam-se atuando na assistência hospitalar, em maternidades; 33%, em Unidades de Atenção Primária a Saúde; 16,6% elegeram conciliar a carreira acadêmica com a atuação profissional e 16,6% optaram exclusivamente em seguir carreira acadêmica, o mestrado e o doutorado. Das entrevistadas, 33% estão conciliando a atuação profissional em maternidades ou em unidades de atenção primária com a consultoria materno-infantil ou atuando como integrantes de uma empresa de assistência em parto domiciliar. Estes últimos foram considerados o aspecto inovador encontrado durante as entrevistas, já que estas são áreas que assinalam um mercado em ascensão no país.

Quem estiver disposto a enfrentar não fica sem trabalhar não, eu não tive dificuldades. E sobre minha contratação aqui na maternidade, eu considero que foi fundamental eu ter sido aluna da residência aqui, o processo seletivo que participei teve várias etapas, e por eu já ter passado aqui como residente, já conhecia a equipe e um pouco da rotina. E isso na hora da entrevista fez toda diferença. (Sara)

A residência foi definidora neste processo importante da minha inserção profissional no mercado de trabalho pois ela me proporcionou a possibilidade desta porta de emprego [Unidade Básica de Saúde]. (Maria)

Como enfermeira obstétrica eu não atuei, eu não tive essa inserção ao mercado de trabalho, mas foi por opção em seguir a carreira acadêmica, que foram me abrindo outros caminhos que foram surgindo. (Miriã)

() apesar de não ser uma área a tradicional [consultoria materno infantil] para ser seguida, mas isso contribui muito, facilita e me faz sentir realizada, acho que isso é importante, é muito mais leve. (Rebeca)

Em reconhecimento da importante atuação de enfermeiras obstétricas na atenção ao pré-natal, ao parto e ao nascimento e pós-parto e, em consonância às recomendações da OMS, o MS tem incentivado a atuação dessas profissionais nos serviços de atenção obstétrica e neonatal no país, por meio da publicação de diversas Portarias. Tais portarias legitimam a atuação destas no âmbito do Sistema Único de Saúde. Entre essas portarias, destacam-se a Portaria GM/MS nº. 985, de 06 de agosto de 1999, que institui o Centro de Parto Normal - CPN, no âmbito do SUS, e delibera que estes podem funcionar exclusivamente com enfermeiras obstétricas; a Portaria nº. 743, de 20 de dezembro de 2005, que padroniza as informações do Laudo para a emissão de Autorização de Internação Hospitalar – AIH e define a emissão de laudos de AIH pelas enfermeiras obstétricas para o procedimento de código 35.080.01.9 - Parto normal sem distocia conferindo a legalidade do realizar destas profissionais (BRASIL, 2017; BRASIL, 2011).

No Brasil, a Lei Federal do exercício profissional da Enfermagem (Lei 7498/86), regulamentada pelo Decreto 94.406/87, e a Resolução COFEN 516/2016 normatizam a atuação e a responsabilidade do enfermeiro, do enfermeiro obstétrico e obstetriz na assistência às gestantes, às parturientes, às puérperas e aos recém-nascidos nos Serviços de Obstetrícia, em Centros de Parto Normal e/ou Casas de Parto e em outros locais onde ocorra essa assistência e dispõem sobre a competência do (a) enfermeiro (a) obstétrico (a) na realização de parto eutócico, na realização de episiotomia e episiorrafia, quando necessária, e na assistência à mulher no parto distócico até a chegada do médico, uma vez que este está capacitado para identificar distocias obstétricas que possam requerer cuidados médicos específicos (COFEN, 2016; WHO, 1996).

Todos esses cuidados estão em consonância com as orientações da Organização Mundial de Saúde que referem a não medicalização do parto de baixo risco com o mínimo de intervenções necessárias, a redução do uso tecnologias duras, quando a tecnologia leve pode ser eficiente (WHO, 1996).

Nesse contexto, a inserção de profissionais qualificadas para a assistência materno-infantil constitui-se uma estratégia de enfrentamento que tem por finalidade mudar a realidade

do nascimento no país. Com vistas às melhorias das condições na forma de nascer, o Ministério da Saúde desenvolveu o Programa Maternidade Segura da Rede Cegonha, que tem por objetivo o respeito à dignidade humana, os sentimentos, as escolhas, as preferências e o empoderamento de todas as mulheres. Sendo assim, a intenção vai além da prevenção de mortes e de morbidades, compreende o desenvolvimento de um olhar holístico sobre as mulheres, abrangendo todos os aspectos biopsicossociais femininos (BRASIL, 2011).

A Rede Cegonha antecipa ações para a melhoria do acesso e da assistência qualificada à mulher e à criança, em quatro componentes estruturantes da estratégia, que são pré-natal, o parto e o nascimento, o puerpério e a atenção integral à melhoria dos indicadores de cunho materno infantil, por meio da vinculação da gestante à unidade de referência e da implantação de boas práticas na atenção ao parto e ao nascimento, garantindo o direito ao acompanhante de livre escolha da mulher nesse momento (BRASIL, 2011).

Estudo realizado recentemente no Rio de Janeiro apontou a Rede Cegonha como umas das maiores estratégias utilizadas para inserir a enfermeira obstétrica na assistência ao pré-natal, no parto e no nascimento e na consequente redução da mortalidade materno- infantil. Essa política propõe a mudança do modelo tecnocrático vigente para outro, com ações mais humanizadas e qualificadas para a assistência, procurando colocar a mulher como protagonista do evento do parto (AMARAL et al., 2019).

Ao investir na formação de enfermeiras especializadas, o governo busca retratar a experiência bem-sucedida de países industrializados, onde estas profissionais são as provedoras de medidas de saúde primários de mulheres em trabalho de parto sem distocia (ALMEIDA; MEDEIROS; SOUZA, 2012). Tais medidas visam gerir a produção do cuidado, que tende a não medicalizar e não intervir desnecessariamente nos processos de gestação, de parto e de nascimento.

O Brasil é um país rico em recursos humanos e tecnológicos para prestar uma assistência qualificada na atenção obstétrica e neonatal, todavia os resultados desta atenção estão aquém do mínimo desejável. O desafio que persiste não permeia somente o campo tecnológico, mas também o estratégico e organizacional. Nesse cenário, destaca-se a inserção da EO como profissional liberal com capacidade técnico-científica e respaldo legal, necessários para a assistência ao parto sem distocia tanto na iniciativa privada, como no SUS, o que contribui para a melhoria dos indicadores de saúde perinatal (GTEO, 2016).

No entanto, o entendimento sobre a importância da inserção profissional de enfermeiras obstétricas deve ser compartilhado. Nota-se a inexistência de uma política de inserção profissional elaborada como medida que vise à contribuição com a inserção destas na

assistência ao parto e ao nascimento com visibilidade ao trabalho dessas profissionais. Observa-se, ainda, a limitação de concursos públicos com incorporação de cargo para enfermeiro obstétrico, fortalecendo mais esse cenário.

Nesse sentido, destaca-se que as mudanças no estilo de vida, no estilo pessoal e suas perspectivas por questões próprias, familiares, sociais, econômicas e financeiras que acarretam a vida do enfermeiro, devem ser avaliadas e podem ter relação com o não desejo pela inserção profissional ao modelo tradicional de assistência, ampliando o olhar para o mundo moderno que apresenta uma forma de atuação mais autônoma.

Diante dessa realidade profissional e do crescente número de gestantes que desejam serem acompanhadas por profissionais qualificados, tanto na assistência ao pré-natal, como no parto domiciliar e no puerpério, o que se observa como consequência é o elevando número de profissionais interessados pelo empreendedorismo com disposição em deixar de atuar em instituições privadas ou públicas para trabalharem como profissionais liberais em suas próprias empresas como podemos ver nos depoimentos abaixo.

Eu também estou atuando em parto domiciliar em uma empresa [privada]. Quando eu fui convidada para atuar, eu aceitei e enfrentei o medo pois qualificação eu tenho. () a gente tem respaldo para atuar fora também, em domicílio, a gente atua com uma equipe com competência profissional. Isso realmente foi um ganho, a experiência profissional de acompanhar um parto domiciliar e tudo isso vindo da minha formação pela residência o que me dá sempre um brilho nos olhos, eu tenho muito orgulho. (Priscila)

Eu terminei o mestrado em 2017 e agora estou em processo para ingressar no doutorado. Então, assim, eu não entrei na parte prática, de assistência hospitalar ou atenção básica, eu não fui para esse lado. Atualmente eu trabalho com consultoria materno infantil, a consultoria materna, tem todo o acompanhamento da gestante e da família, só que um pouco mais personalizado, individual com aquela família. (Rebeca)

Sobre essa diversidade de opções para a atuação do enfermeiro obstétrico, Favero, Pagliuca & Lacerda (2013) apontam em seu estudo o avanço do parto domiciliar planejado no Brasil com destaque ao protagonismo da mulher como o grande argumento pela opção deste tipo de parto no qual o enfermeiro obstétrico se insere trazendo ressignificado à representação social sobre o gestar e o parir em toda sua dimensão emocional e ambiência.

Assim, como exposto nos relatos anteriores, esse respaldo legal também traz autonomia e segurança para a atuação profissional em que as percepções são interpretadas pela pesquisadora a luz do IS. O olhar das atrizes reforçou o que o IS infere e este olhar se voltou para as suas condutas envolvendo ideias que estiveram relacionadas com a sociedade, com a

interação social e as apontou como atrizes de suas próprias histórias, trazendo uma compreensão das enfermeiras frente à formação como obstetra.

Nesse contexto, pode-se afirmar que o enfermeiro nunca exerceu suas funções com tanto respaldo legal como atualmente. A realização da consulta de enfermagem é um direito do profissional enfermeiro, assegurado pela Lei 7.498/86, art. 11, pelo Decreto 94.406/87, art. 8º, pelo Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem e normatizada pela Resolução Cofen 358/2009. A Resolução Cofen 568/2018 regulamenta a atuação dos consultórios de Enfermagem com o intuito de respaldar a atuação desses profissionais em consultórios que devem obedecer normativos técnicos e éticos vigentes (COFEN, 2018).

Todavia, ainda que a profissão do enfermeiro seja conhecida, não existe uma adequada compreensão da sociedade de todo o seu potencial, acima de tudo na realidade da saúde pública e privada do País. A sociedade, via de regra, tem uma visão limitada do enfermeiro exclusivamente em ambiente hospitalar, desconhecendo que a categoria tem, por exemplo, a consulta de enfermagem como atividade privativa, que poderá ser realizada em consultórios e/ou em clínicas especializadas. Tal modalidade de atendimento já foi prevista e autorizada em legislações anteriores, todavia regulamentada recentemente pela Resolução COFEN 568/2018 (COFEN, 2018).

Dentro da mesma perspectiva, estudo de Zielinski; Ackerson; Low (2015) afirma que a variedade das recomendações para a política é ampla para os provedores e para as mulheres aos quais escolhem o local de parturição em situação de baixo risco, sendo difícil o consenso quanto às melhores práticas para o local escolhido, seja ele em ambiente hospitalar ou não.

Ao analisar a inserção no mercado de trabalho e relacionando com o IS, observou-se a autovalorização profissional. Esse aspecto é de extrema importância, pois elucida as escolhas e decisões onde a egressa, agora enfermeira obstétrica, comunica-se com o seu *self*, a maneira como ela se vê, como ela se define e faz julgamento de si mesma.

Na fase “eu” ela se encontra empoderada, uma profissional qualificada pronta para assumir suas responsabilidades com competência e segurança não precisando se submeter a um local ou sistema que, em seu conceito, a sufoca ou não a reconheça.

Depois que eu terminei a residência eu achei que não teria espaço para mim na região e onde poderia ter alguma autonomia, que foi um dos locais onde eu passei, eu acredito que eu não teria o valor que eu acho que eu mereço ter como enfermeira obstétrica até por causa do modelo de assistência obstétrica que é oferecido no interior. (Debora).

Na primeira instituição que fui contratada, não tinha condições de atuar, existe essa coisa de enfermeiro supervisor, responsável por dois setores, não tem um enfermeiro assistencial para a maternidade, então você se divide e ainda tem a parte burocrática. Já aqui [segunda contratação] eu acho que a gente poderia atuar mais, só que são muitos pacientes, as vezes você está num trabalho de parto e eles te chamam numa emergência, então, você dá assistência, mas ainda não é aquela assistência que você gostaria e poderia dar. (Ana).

Neste estudo, a representatividade do *self* se dá tanto no “eu” quanto no “mim”. “Eu fiz”, “eu escolho o que é melhor para mim”, seja na atuação prática ou na escolha pela carreira acadêmica. Na fase “mim”, as egressas, ao interagir com os demais profissionais e com o sistema tecnocrático, perdem sua identidade e consequentemente se veem diferentes. Essas ações produzem uma redefinição e transformação do seu *self*, mostrando que o “eu” assumiu a formação proposta pelo curso.

Fica claro, em outras falas, que o *self* delas está buscando outras possibilidades, pois ainda não se encontraram, como se pode ver nas egressas que optaram por continuar estudando.

Eu optei por estudar mais um pouco fazendo o mestrado, mas se eu tivesse atuando na área, eu tenho certeza que me sentiria apta e segura. (Marta).

“Em termos de oportunidade, eu vi que a residência abre um leque maior em relação a quando eu me formei. Até surgiram algumas oportunidades, mas eu acabei optando pelo mestrado porque eu já tinha em mente mesmo seguir a carreira acadêmica. (Rebeca).

Como enfermeira obstétrica eu não atuei, eu não tive essa inserção ao mercado de trabalho, mas foi por opção em seguir a carreira acadêmica, que foram me abrindo outros caminhos que foram surgindo. (Miriã).

A liberdade de escolha e decisão pelo local de inserção e atuação profissional foi um diferencial observado nas atrizes do estudo. A residência obstétrica proporcionou o fortalecimento profissional, a aptidão e a segurança para o desenvolvimento das ações na prática, que a maioria relatou não ter ao concluir a graduação.

Infere-se que houve uma importante contribuição da residência obstétrica na formação e na inserção profissional das egressas, quando se identifica que das 12 participantes do estudo, 10 estavam atuando na assistência materno-infantil; destas, duas conciliaram a atuação profissional com a carreira acadêmica e duas seguiram exclusivamente a área acadêmica (mestrado e doutorado).

O fato de elas optarem por se submeter ou não ao sistema atual, decidir o que é melhor para elas, não deixa de ser uma forma de se ter autonomia e de empoderamento. O fortalecimento da classe nas instituições de saúde, com condições favoráveis para atuação,

salários justos e respeito pela categoria constitui um conjunto de ações que ampliaria a inserção dessas profissionais ao mercado de trabalho.

Faz-se necessário ressaltar a existência de um choque entre os modelos de atenção na assistência obstétrica. Por um lado, os cuidados são oferecidos pela enfermeira tendo por base os princípios da humanização, e por outro lado, o médico obstetra, o qual inclina-se ao tradicional modelo tecnocrático de cuidados à mulher, perpetuando assim, “o parto como sendo a supremacia da técnica”. Esse modelo soma o ideário “do controle da natureza pelo homem”, assim como o parto é controlado pelas inúmeras intervenções como a cesariana, a episiotomia, a medicalização no corpo da mulher, dentre tantas outras (MENDONÇA, 2015).

É oportuno dizer que, para que haja a adesão para a implantação do modelo humanizado e de uma assistência segura com embasamento científico no pré-natal, no parto e no nascimento é necessária a inserção da EO ligada diretamente a essa cena. Dessa forma, corroborar-se-á com as prerrogativas propostas pela OMS/MS, cuja ênfase está na redução de intervenções desnecessárias e na contribuição com meios para a implantação desse modelo cujo foco é o respeito, a comunicação efetiva, a continuidade do cuidado com métodos conscientes que visam à redução da morbimortalidade materno infantil (WHO, 2018).

Destaca-se a incisiva participação das enfermeiras obstétricas do estudo nas diversas áreas de atuação materno-infantil. O predomínio dessas profissionais e as competências exercidas por elas vêm para reforçar a importância dos programas de residência na formação de enfermeiras no país uma vez que é reconhecida a contribuição destas na prática assistencial, continuamente em concordância com a OMS, com o MS e com os princípios da humanização da assistência.

Em síntese, é necessário o apoio das instituições na inserção das enfermeiras obstétricas na assistência ao parto e ao nascimento, mas, ainda assim, é indispensável a transformação do modelo assistencial, sendo este um grande desafio o qual requer esforços das políticas públicas, dos gestores, dos profissionais de saúde e da sociedade que, por sua vez, deve ser orientada sobre o modelo de assistência humanizada.

7.3.1.3 Subcategoria: Experiência profissional da residente

A experiência profissional adquirida por meio de uma residência em saúde é indiscutivelmente efetiva. Uma das formas de contribuição na formação por programa de residência é a sedimentação de conhecimentos adquiridos na graduação, um fator que

possibilita o crescimento profissional, articulando os conceitos teóricos estudados acerca do SUS e sua empregabilidade no cotidiano da prática (SOARES et al., 2017).

No momento atual, tão rico em propostas de transformação, é preciso saber questionar, criar e agregar conhecimentos e experiências por meio das práticas em saúde, as quais são capazes de oferecer os mais diversos tipos de experiências profissionais aos enfermeiros. Tais práticas apontam para ações permanentes que buscam aproximar a formação profissional com as prioridades de saúde e as necessidades locais singulares (OLIVEIRA; BALARD, 2013).

A residência confere uma formação diferenciada do residente enfermeiro e contribui para uma gama de experiências por atuar em diferentes locais e núcleos profissionais, ampliando o olhar sobre o usuário e o processo de trabalho o que, por sua vez, produzirá mudanças na assistência integral da população (SOARES et al., 2017).

As egressas deste estudo relataram a contribuição da residência referente às experiências adquiridas durante a residência:

Foram instituições muito diferentes onde tivemos experiências muito ricas em todas elas... (). Vale ressaltar que eu cresci muito no contexto da atenção primária, na assistência ao pré-natal e principalmente da importância social da nossa profissão, porque quando a gente começou a atender a gente foi para unidades que são em bairros muito periféricos, e nós conseguimos contribuir com aquela população. (Marta)

(...) E quando terminei [a sutura perineal] eu chamei a enfermeira, com medo de não ter ficado bom, ela olhou e me parabenizou e disse, ficou ótimo, ficou excelente. (Débora).

Nas três instituições que eu passei durante minha formação profissional, onde tinham enfermeiros obstétricos atuando, os três cenários me deram visões diferentes, e atualmente eu estando em uma outra cidade, uma capital, eu consigo perceber também uma diferença. (Rebeca).

() A residência te dá muitas oportunidades de clinicar, de estar na prática, de estar com o paciente, de atender, e não ficar só na parte teórica. A oportunidade que a gente tem de fazer uma residência pelas questões práticas, são muito enriquecedoras. (Maria).

A formação em obstetrícia confere à enfermeira habilidades e competências que lhe possibilitam ter uma visão integral do cuidado. As experiências vivenciadas durante o curso são fundamentais para o desempenho de suas funções, que, até então, são realizadas sob a supervisão de um tutor ou preceptor, todavia estas profissionais estão na verdade sendo preparadas para serem mediadoras da enfermagem obstétrica onde elas desejarem atuar.

A partir dessa compreensão, considerando o Interacionismo Simbólico como importante forma de interpretação das percepções dos indivíduos, qual o sentido e significado dado as coisas e como o que as pessoas se referem pode ser relacionado com suas experiências dada a ampla concepção sobre a interação social por meio da comunicação.

A vivência da enfermeira egressa do curso evidencia a contribuição da residência na subcategoria experiência profissional da residente e possui significado importante na construção de sua identidade profissional como bem evidenciado nas falas seguintes.

O cenário está mudando e está voltado para a nossa profissão. Eu me sinto assim, muito valorizada, eu tenho o maior orgulho de falar que eu sou enfermeira obstétrica, eu me acho (risadas). (Sara).

Eu amo a minha profissão de enfermeira obstétrica, tenho muito orgulho, me sinto excelente na execução do meu trabalho. (Rute).

As falas anteriores sinalizaram satisfação profissional e o orgulho em cursar uma residência. A satisfação profissional, nesse sentido, se torna um indicador de bem-estar fisiológico e/ou emocional de um indivíduo bem como sua sensação de entusiasmo manifesta pelo seu labor, que pode ser positiva (satisfação) ou negativa (insatisfação). Ao exercer as suas funções no trabalho, o homem tende a buscar a satisfação tanto pessoal como laboral e garantir a sua qualidade de vida, uma vez que o trabalho é um dos meios que o leva a ser reconhecido como indivíduo na sociedade (WISNIEWSKI, et al., 2015).

Alguns relatos do estudo apontaram para o desejo de se cursar uma residência, principalmente pelo fato de elas se sentirem com pouca aptidão e pouca experiência após a graduação. A residência em enfermagem obstétrica contribui para a aquisição de experiência para a atuação profissional e supre o fator inexperiência como barreira para a conquista de uma vaga de emprego.

Bom, a oportunidade de fazer a residência em obstetrícia me ajudou muito, principalmente na experiência profissional, porque eu saí da graduação, apesar de serem quatro anos, bem imatura, até em relação a segurança. (Maria)

A maior contribuição foi essa de estar inserida dentro da profissão antes mesmo de terminar a residência (Eva).

() A gente consegue perceber uma diferença grande na residência que são 5.700 horas se comparado a uma pós-graduação de 360 horas. () A contribuição da residência obstétrica é grande e nos traz uma bagagem profissional tanto teórica como prática. (Miriã)

A residência veio para contribuir no sentido de adquirir mais conhecimento e aprofundar os conhecimentos teóricos na área e também adquirir habilidade prática. (Débora).

Diante dos relatos, evidencia-se que a residência é considerada pelas egressas um diferencial no currículo e no preparo profissional para a inserção ao mercado de trabalho como demonstrado também no estudo de Oliveira et al., (2017) sobre a Residência Multiprofissional em Saúde Pública. Esse estudo aponta que as vivências experienciadas durante a residência são informações importantes e que devem ser reveladas com o intuito de aprimorar o programa alcançar o objetivo de formar profissionais preparados para atuar no Sistema de Saúde Pública. (OLIVEIRA et al., 2017).

Semelhantemente, a residência foi apontada em estudo realizado no Distrito Federal como uma importante modalidade de ensino para a formação teórico-prática do enfermeiro, uma vez que contribui para o desenvolvimento de habilidades imprescindíveis para que o profissional ofereça uma assistência qualificada em diversas situações. Essa modalidade de pós-graduação é referida nesse estudo como uma ferramenta de preparação clínica por permitir que o aluno viva situações que ampliam suas experiências profissionais (SILVA, et al., 2017).

Não obstante a residência obstétrica ampliar as experiências profissionais e fortalecer o ensino prático, considerado primordial para a construção dos conhecimentos, das habilidades e das atitudes profissionais, ela ainda interage a teoria com a prática, as experiências e os saberes compartilhados entre os indivíduos inseridos na aprendizagem, bem como contribui com a construção da identidade profissional. A relevância dessa afirmativa se dá pelo fato de o tempo de aprendizagem prática ter reconhecida importância nas habilidades profissionais as quais são desenvolvidas durante o processo de formação (MERIGHI, et al., 2014).

Pelo fato de as Residências em Saúde objetivarem a formação de profissionais para uma atuação diferenciada no SUS, constituída como estratégia de mudança da formação dos trabalhadores da saúde, estas são capazes de reorientar o raciocínio tecno-assistencial e conferir experiência singularizada para os residentes, os quais têm a oportunidade de se fortalecerem em suas categorias profissionais (LOBATO; MELCHIOR; BADUY, 2012).

A experiência conferida às egressas de um curso de residência obstétrica no Rio de Janeiro foi evidenciada recentemente. As Enfermeiras Obstétricas relataram que a base teórica e prática do curso foi satisfatória, a qual lhes conferiu conhecimentos e viabilizou habilidades essenciais para uma atuação profissional com maior segurança. Ainda lhes foi conferido aporte significativo de experiências práticas, fortalecendo ainda mais a segurança para o exercício na especialidade, sendo este considerado um componente primordial para tais práticas (PEREIRA, et al., 2018).

Esse estudo evidenciou semelhantes percepções das egressas sobre a experiência profissional adquirida no curso. Elas pontuaram, em unanimidade, o fato de a residência obstétrica ser considerada a mais completa modalidade de ensino, capaz de conferir larga experiência para o aluno durante o curso, possibilitando, assim, uma melhor qualificação profissional para inserção ao mercado de trabalho, se comparada a outras pós-graduações.

7.3.1.4 Subcategoria: Autonomia Profissional para a atuação

O conceito de autonomia, segundo o dicionário brasileiro, pode ser definido como “direito de um indivíduo tomar decisões livremente; independência moral ou intelectual” (FERREIRA, 2008).

Na enfermagem, a autonomia significa a prática de profissionais que utilizam conhecimentos, habilidades e competências para a tomada de decisões e resoluções no seu cotidiano e espaço de atuação. Para que o exercício profissional prossiga com autonomia, o desenvolvimento de competências faz-se um elemento essencial e o desenvolvimento de uma prática profissional com competência e efetividade é fator condicionante para a aquisição de autonomia profissional (FENTANES, et al., 2011).

A autonomia profissional tem sido estudada no campo da Enfermagem visto que contribui para que o enfermeiro tenha uma melhor compreensão da profissão, dos seus desafios e das formas de como os enfermeiros se interagem e se relacionam com a equipe de saúde e com a sociedade (KALINOWSKI, et al., 2012).

De acordo com Lacerda (2000), a autonomia não é dada ao profissional por ninguém, ela é conquistada a cada situação e se manifesta pela responsabilidade, pelas decisões, pela postura, pelo comportamento próprio. A autonomia é advém da prática, pela experiência.

É vasto o entendimento sobre autonomia profissional, considerando-se que a enfermeira exerce no seu campo de trabalho diferentes atividades que sejam necessários à autonomia para o exercício de suas funções. Nos relatos das atrizes do estudo, fica bastante evidente a importância dada à atuação com autonomia da enfermeira na esfera da obstetrícia:

() Quando eu fui fazer o estágio na capital, foi totalmente diferente, a enfermeira obstétrica tinha toda autonomia em todos os setores do hospital, então, desde quem fazia o atendimento na porta até quem dá alta hospitalar depois do puerpério era o enfermeiro obstétrico e lá era um modelo bem organizado, então o parto sem distocia era conduzido somente pelo enfermeiro obstétrico. (Maria).

A cidade onde estou é grande, ainda que interior, mas lá tudo acontece, o empoderamento da mulher no trabalho de parto, o parto é dela, e eu sei que a gente está ali para prestar uma assistência de qualidade, porém, se necessário, a escolha é dela, mas a gente vai agir quando precisar agir. (Priscila).

[Determinada instituição] foi uma surpresa muito agradável para mim, a autonomia que o enfermeiro tem lá é incrível (). (Eva).

Diante dos relatos, é perceptível que as depoentes demonstraram com entusiasmo o que elas definem como autonomia profissional do enfermeiro e o poder em decidir e agir conforme a vontade própria, o que revela a maneira como elas se veem ou se definem. O *self-julgamento* ou a autoestima evidenciam o julgamento que elas fazem de si mesmas e estes dependem das definições sociais com que elas se deparam na vida diante das ações executadas.

A autonomia não deve ser vista apenas como o exercício do poder, mas o direito, o valor, a aquisição e conquista do processo no cotidiano que se dão por meio de atitudes, de posturas e de ações contínuas. Para que o enfermeiro construa a autonomia profissional, é imprescindível que ocorra, dentre outros elementos, a definição e a delimitação de sua identidade profissional inerente de sua profissão (KALINOWSKI, et al., 2012).

A realidade da autonomia profissional apontada de forma positiva neste estudo foi referente à atuação que elas tiveram em Belo Horizonte. Todavia, essa realidade começa a ser prevacente nas demais unidades de atenção obstétrica do país, e essa avaliação positiva, apontada nos depoimentos anteriores acerca da atuação profissional com autonomia, são dados novos da temática que podem ser considerados como um prenúncio de que há alguns avanços no exercício da especialidade.

Contrariamente a esses depoimentos, algumas egressas apontam nessa subcategoria outros pontos de vista, os relacionados à falta de autonomia para atuação profissional, mostrando é uma atuação ainda tímida e que possui barreiras a serem vencidas, aspectos estes que considero pertinentes discutirmos.

Mesmo se você vê que a situação está favorável, que vai evoluir para um parto, se eles acharem que não vai eles não te escutam e vão fazer o que eles decidirem. (Ana)

A atuação da enfermeira obstétrica [no interior] era muito complicada, a autonomia era bem baixa, era meio que como uma disputa de campo, por exemplo, se o médico não pode o enfermeiro faz. Lá eu e a [colega de turma] batia muito de frente, no sentido de que “se a gente pode fazer, por que não fazer, entendeu?”. (Priscila)

() Ainda existem algumas instituições que o profissional é muito submisso, eles tem que seguir normas institucionais, e não o que é preconizado, talvez por medo de perder o emprego, eles se veem obrigados a seguir as regras (). (Miriã)

Mesmo se você vê que a situação está favorável, que vai evoluir para um parto, se eles [médicos] acharem que não vai eles não te escutam e vão fazer o que eles decidirem. (Ana).

“ A falta de autonomia [da enfermeira] para orientar as mulheres que estão atentas às opiniões do médico em fazer a cesárea acaba se tornando um fator gerador de estresse para a enfermeira. (Ester)

É relevante ressaltar que a autonomia do enfermeiro necessita ser aprimorada, e isso ocorrerá quando as instituições formadoras desenvolverem em seus alunos, uma consciência crítica, com especificidades de ensino voltados para a prática do enfermeiro para a assistência qualificada ao paciente. No mais, é importante o enfermeiro conhecer suas atividades privativas ainda na formação para que lhe seja garantida a legitimidade na prestação do cuidado (FENTANES et al., 2011).

Saad e Riesco (2018) evidenciaram em recente estudo realizado em São Paulo que a autonomia profissional e o trabalho colaborativo vivenciados pela EO dependem do local de atuação, das normas e regras institucionais, da divisão técnica do trabalho, bem como da relação hierárquica que a equipe obstétrica estabelece. Uma depoente do estudo infere que a autonomia da EO só ocorre no sentido de identificar a necessidade da paciente, na triagem, que ela [a autonomia] não é imparcial e sempre depende da equipe que atua em conjunto.

Em relação à autonomia, no presente estudo, evidenciou-se nas entrevistas a falta autonomia e a dependência de uma supervisão na percepção das residentes do estudo, as quais revelam certa indefinição. Eu sou uma enfermeira ou sou uma aluna? Ou melhor, me veem como enfermeira (já graduada) ou como uma aluna se especializando?

Essa situação é ambígua, de acordo com o estudo de Drago et al. (2013), pois revela as dificuldades percebidas pelas enfermeiras preceptoras a respeito da inserção das residentes. Faz-se necessário ter clareza do papel das residentes nos campos de estágio, pois estas não são enfermeiras da unidade, mas também não são alunas sem nenhuma formação prévia; contudo elas são enfermeiras em formação especializada. Os relatos seguintes demonstram semelhante percepção, sendo estes considerados fatores dificultadores do processo de formação:

() a dificuldade maior encontrada, foi a resistência de alguns profissionais, principalmente enfermeiras obstétricas, algumas abriam, ensinavam sem reservas e outras não, nem nos viam como enfermeiras (...). (Abigail)

A função do preceptor é contribuir na formação profissional do residente e, às vezes, os próprios enfermeiros obstétricos, que deveria ser um contribuinte da nossa formação, dificultava esse processo, não consideravam que já éramos enfermeiras. (Miriã)

Quando você já tem um preceptor para te receber, e que ele também entendeu o seu papel, ele te ajuda a ser visto dessa forma pela unidade, como um profissional formado e que está se qualificando, isso faltou em alguns lugares que passamos. (Maria)

Como visto nos depoimentos assinalados, ficou evidente a ligação feita pelas egressas sobre a falta de autonomia profissional e sobre a relação delas com as preceptoras nos campos de estágio.

Estudo internacional sobre autonomia profissional da EO enfatiza sobre as consequências positivas da atuação da profissional com autonomia estão relacionadas ao aumento da autoestima e da autoconfiança com uma maior qualidade da assistência prestada. Isso ocorre à medida que os direitos e os deveres da profissional perante as clientes são observados e, ainda, o reconhecimento dos profissionais envolvidos (FULLERTON; THOMPSON, 2005)

No método proposto, os símbolos são considerados os objetos físicos, as ações humanas ou as palavras, sendo nesse caso que as ações humanas simbolizam as interações interpessoais entre elas. O fato de elas não saberem se devem se considerar alunas ou enfermeiras, e em meio a esse acontecimento, ter o conflito interno da falta de autonomia para atuar, evidencia uma comunicação com a sua mente.

Nesse momento, acontece uma interação simbólica com o seu *self*, e, a partir de então, suas condutas tornar-se-ão uma resposta à interpretação da ação humana feita pelo indivíduo. Sendo essa interação negativa, a residente pode isolar-se da convivência com a equipe ou desenvolver suas ações somente quando lhe for pedido algo, acarretando a desmotivação cotidiana.

A autonomia exercida pela profissional neste estudo, na maior parte do contexto relatado nas entrevistas, não condiz com o significado atribuído no início da discussão desse tópico como sendo o “direito de um indivíduo tomar decisões livremente; independência moral ou intelectual”. A autonomia foi expressada pelas egressas como “liberdade para oferecer uma assistência livre de interferência”, seja de EO ou da residente.

A partir do momento em que a residente sabe o que deve fazer e é impossibilitada por diversos fatores, sejam eles institucionais, entraves entre profissionais, sentimento de abandono em relação à colaboração da preceptora, entre outros, a tomada de decisões torna-se

comprometida, o que reduz o potencial que possuem para prestar uma assistência qualificada, independentemente da autorização ou não de outros profissionais.

Por fim, afirma-se que a ampliação da autonomia profissional da EO poderá se concretizar em um modelo assistencial que lhe possibilite a construção de um campo de saber próprio, e que este saber não esteja subordinado à prática médica.

7.4 Diagrama 2 - Atuando na Residência em Enfermagem Obstétrica nos diversos cenários de prática com vistas ao fortalecimento da formação qualificada

O diagrama 2 se refere à atuação nos campos de prática das residentes egressas, atrizes do estudo. Denominamos esse diagrama de “Atuação na Residência Obstétrica nos campos de prática da atenção primária e hospitalar” e nele temos a categoria: Atuação na Residência nos campos de prática da atenção primária e hospitalar, da qual emergiram as subcategorias: Preceptoria nos campos de prática; Entraves entre médico e enfermeira X Reconhecimento profissional; A atuação da Enfermeira Obstétrica - o Real e o Imaginário.

A atuação nos campos de prática constitui-se o diferencial dos cursos de residência a qual, neste estudo, foi apontada como fator essencial para aquisição de experiência e de formação profissional diferenciada. Contribuiu, ainda, para que as enfermeiras obstétricas fossem inseridas no mercado de trabalho e desenvolvessem suas funções com segurança e aptidão técnica.

Fonte: Elaborado pela pesquisadora.

7.4.1 Categoria: Atuando na Residência em Enfermagem Obstétrica nos diversos cenários de prática com vistas ao fortalecimento da formação qualificada.

7.4.1.1 Subcategoria: A Preceptoría nos Cenários de Atuação Prática

A preceptoría na residência em enfermagem é instituída pela portaria nº 1.111 de julho de 2005. Essa portaria designa ao preceptor a função de supervisão docente-assistencial, realizada por área de atuação ou especialidade profissional. Os preceptores se responsabilizam por orientar os residentes nas atividades práticas dos campos de atuação com estímulo à integração dos distintos saberes por meio da multidisciplinaridade (MIRANDA; LEONELLO; OLIVEIRA, 2015).

O Decreto nº 94.406, de 08 de junho de 1986 regulamentado pela Lei nº 7498, do exercício profissional do enfermeiro, assegura a participação dos enfermeiros em programas de treinamento e de aprimoramento de trabalhadores de saúde (BRASIL, 1986).

É possível entender quando as participantes mencionam sobre a satisfação na atuação em saúde pública. Existe no município uma estrutura bem montada, o enfermeiro tem autonomia para atuar, as gestantes têm de nove a dez consultas de pré-natal, consulta puerperal, todas garantidas pelo enfermeiro das unidades de Atenção Primária à Saúde (APS), uma realidade transformada há pouco tempo (GARCIA, et al., 2018; GARCIA; LEITE; NOGUEIRA, 2013; GARCIA, 2013).

Atualmente, são asseguradas toda a assistência relacionada à solicitação de exames, à prescrição e à entrega de medicamentos de rotinas pelo enfermeiro que atua respaldado por protocolos institucionais.

Sendo assim, quando o aluno chega no serviço para atendimento, se depara com toda essa estrutura, e ainda é bem acolhido e introduzido nessa assistência com a mesma autonomia do enfermeiro da unidade para atuar, certamente ele fica entusiasmado e considera o aprendizado mais eficaz. Encontramos esse resultado principalmente quando as egressas inferiam sobre a atuação nos campos de estágio da saúde pública:

Agora, na atenção primária já era bem diferente porque elas [preceptoras] amavam a gente, eu acho que elas até brigavam para ter uma residente lá, elas nos aceitavam, não nos via como uma ameaça, elas confiavam demais na gente (). Elas [enfermeiras preceptoras da atenção primária] nos davam tanta autonomia para atuar que eu tenho certeza que foi isso que me fez amar tanto atenção básica, pela confiança depositada em nós, então eu vi que eu podia fazer tudo tão diferente, elas me ganharam para atenção primária. (Débora)

Então, dentro deste contexto da saúde pública, foi maravilhoso, porque a gente se sentiu valorizada ali! Eu me senti e me sinto apta e segura sim para oferecer a melhor assistência que eu puder, de qualidade, com competência, com responsabilidade, dedicação, humanização e tudo que eu puder fazer eu faço, com muita segurança! (Abigail)

Eu tive uma formação muito boa para atuação qualificada do enfermeiro obstétrico na atenção primária. Eu acho que devemos fortalecer a presença desta qualidade na assistência ao pré-natal, a questão do amadurecimento de um parto deve ser feita desde o início da gestação, as vezes deixar para fazer tudo ali na hora é difícil, a mulher já se encontra em uma situação de vulnerabilidade muito grande porque ela já entra na maternidade em trabalho de parto (). (Maria)

Em contrapartida, quando as alunas se deparam com outra realidade no acolhimento e na assistência hospitalar como visto neste estudo, a formação qualificada pode ser comprometida. Pode-se considerar que a residência obstétrica se trata de uma nova realidade participante da mudança do perfil dos profissionais enfermeiros. Sabe-se que a cúpula dos médicos mais antigos que estavam acostumados a atuar sem interferência de outros profissionais, e até mesmo as preceptoras dos campos de estágio, precisam compreender a função deles enquanto atores do curso e integrantes no processo de formação das residentes.

Observou-se nas falas o relato de muitas experiências vividas durante o curso, sendo estas de rica contribuição na formação do aluno, sejam essas experiências positivas ou não no olhar destas profissionais.

Eu assistia parto e em caso de laceração a enfermeira só dizia, olha, você sutura aí e qualquer coisa você me chama, então eu respirei fundo, lembrei de toda teoria e fiz, pensei comigo, vou mostrar tudo que eu aprendi, vou fazer da melhor maneira que posso, e quando terminei eu chamei a enfermeira, com medo de não ter ficado bom, ela olhou e me parabenizou e disse, ficou ótimo, ficou excelente. (Débora)

Eu achei que foi muito válido. É muito diferente você fazer uma sutura de uma laceração, e eu aprendi certinho sabe, então, eu fui muito feliz lá, eu saí dali [BH] tendo a certeza de que eu ia me dar muito bem como enfermeira obstétrica! (Abigail)

Quando a gente tinha um preceptor que não tinha abraçado muito a causa da residência, ou talvez chegar numa maternidade como a gente chegou, que não tinha enfermeiro obstétrico para nos receber e a gente ficou sozinho nela, eu achei que isso foi um grande dificultador, porque até que você se relaciona com a equipe e se posiciona enquanto residente, e não um funcionário da unidade mas também não é um estudante, é muito difícil para a equipe entender isso. (Maria)

Toda vez que ela [uma das preceptoras] chegava em um dos postos de enfermagem, o clima pesava, era horrível, ela me humilhava, me chamava atenção na frente das pessoas por coisas tão triviais. Eu saía do plantão e ia embora chorando pelas ruas (). Eu fiquei um período inteiro [em um dos campos de estágio] eu não fiz um parto lá neste período, fiz pouquíssimos toques, elas não me davam oportunidade, era muito triste. (Rute)

() Um ponto muito positivo que eu não posso deixar de falar é de [uma preceptora que eu tive enquanto R1], sabe, todas as suturas que eu faço eu me lembro [dela]. Eu aprendi muito com [ela]! Hoje, eu sou preceptora de residência, e por que não passar o conhecimento? Podemos ser mediadoras da enfermagem obstétrica no mundo inteiro, e as vezes algumas preceptoras não faziam por egoísmo. (Priscila)

Nos relatos anteriores, as atrizes mencionam a atuação das preceptoras como sendo de fundamental importância para o processo de formação na residência e de grande contribuição, especialmente na atuação na atenção primária à saúde.

Entretanto, a relação residente/preceptor nem sempre foi favorável no sentido de contribuir positivamente com a formação das egressas quando a atuação acontecia nas unidades hospitalares como se pode ver nos relatos a seguir:

A humilhação que eu sofria em alguns campos de prática. Todos os dias eu saía chorando, eu chegava lá e (voz embargada de choro) queria trabalhar, sempre com toda a boa vontade, tinha gente que falava “você como enfermeira tem que ser uma pessoa séria”, eu não concordo com isso, eu tenho que ter uma postura profissional, mas isso não me impede de ser uma pessoa humana, eu sofro até hoje por isso. (Rute)

() Algumas enfermeiras que eu peguei [em uma maternidade do interior] não tinham perfil nenhum de preceptora, elas deixavam a gente muito sozinhas, aí sempre tinha aquele que te barrava e dizia “quem é você pra falar que vai ou não vai fazer, eu não tinha voz, eu só chorava” (). (Eva)

() Um grande dificultador foi que, em uma das maternidades que passamos, a gente não pôde ter tantas oportunidades de atuar com o enfermeiro obstétrico no sentido dele ter autonomia de conduzir um parto e acabamos por seguir o modelo médico e por fim atuamos mais com o médico do que com os próprios enfermeiros. (Maria)

No hospital, no interior, tinha tanta resistência para atuar, nossa, sutura perineal, elas [preceptoras] tinham muito medo de deixar a gente fazer. (Marta)

Outro ponto negativo foi a não adesão de algumas enfermeiras em relação a preceptoria, isso foi bem difícil, por exemplo, as vezes a gente tinha que substituir um enfermeiro no setor. Não, residente tem que estar com o preceptor para aprender a atuar, ele não é enfermeiro da instituição. (Priscila)

A partir do sofrimento explicitado nas falas anteriores, notam-se problemas relacionais vivenciados no cotidiano das residentes com os atores do programa como a preceptora, por exemplo, demonstrando que algumas dessas podem não estar preparadas para receber essas profissionais de acordo com as propostas de formação profissional da residência, sendo este apontando como um fator dificultador do curso.

Algumas falas demonstram com ênfase um sofrimento psíquico, o qual deve ser trabalhado com atenção especial durante a formação, tendo em vista a importância de se evitar suas consequências, como o adoecimento, dentre outros.

O relato de uma das egressas de que todos os dias deixava a instituição chorando e a observação da voz embargada de choro em sua entrevista aponta para a necessidade de esclarecer melhor a importância da participação da preceptora na formação qualificada das residentes com intuito de melhorar esses problemas relacionais.

O fato de as residentes não se sentirem aceitas no campo de atuação pode enfraquecer a sua autoaceitação como profissional capaz de exercer suas funções com segurança e, assim, elas se encontram em uma situação de tentar manter o seu *self*. Dessa forma, ela se vê como uma profissional impotente para mudar a realidade que, para a mesma, a experiência diária é negativa e que há a necessidade de trabalhar o seu eu.

Tais relatos assinalam para um indivíduo acuado, temeroso e que diariamente sofre com os olhares de rejeição e desaprovação, o que o faz se sentir como um intruso com consequente diminuição da autoestima, que constantemente necessita pedir permissão para ter a menor atuação que seja. Essa é uma lacuna que deve ser reparada pelos tutores e coordenadores do curso, pois, com certeza, o objetivo do curso é formar profissionais seguros, que atuem de forma destemida e ousada com os diversos atores da residência.

Estudo realizado recentemente sobre o desenvolvimento de habilidades e competências profissionais a partir da formação proporcionada por um curso de Residência em Enfermagem na Atenção Básica apontou resultados semelhantes. Esse estudo traz aspectos importantes relacionados ao fato de o preceptor ser ou não um influenciador no desenvolvimento de competências (RAMOS; RENNÓ, 2018).

Os autores enfatizam que, para superar as dificuldades encontradas em relação à participação do preceptor na formação de residentes, as atribuições dos residentes e dos diversos atores do programa, em especial dos preceptores, devem ser claras para as partes envolvidas bem no início de cada nova turma da residência, considerando acontecer de os próprios integrantes envolvidos no processo desconhecerem as próprias funções. Eles sugerem

capacitações periódicas e cursos para preceptores e tutores como recursos preciosos que podem ser utilizados para favorecer essa conexão.

No entanto, mesmo diante da importância do exposto, em estudo realizado em um Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Sistema Público de Saúde no RS, aponta que os preceptores dos campos de prática eram convidados pelo docente para participar das discussões sobre as funções e atuação dos atores envolvidos no curso, entretanto o que se evidenciou é que por mais que o docente ou o residente convidasse os preceptores, eles não compareciam (MELLO, 2016).

Nesse contexto, é necessário compreender a pretensão da preceptoria em dar apoio na transição do papel de estudante para o de um profissional qualificado, mas, para tanto, é necessário o preceptor conhecer bem o seu papel. A preceptoria é amplamente aceita como um meio valioso de ajudar os alunos a incorporarem seu papel de profissional qualificado. Dentre as ações de responsabilidade do preceptor, ele deve: representar o ambiente de trabalho e equipe, esclarecer e repassar as atribuições teóricas e práticas do residente, além da dinâmica e operacionalidade em questão, rotina institucional e assistencial e acompanhar e facilitar o cotidiano do residente na prática (MELO; QUELUCI; GOUVÊA, 2014; CLAP/SMR, 2013).

A preceptoria tem relação com supervisão. A definição habitual da palavra supervisionar é “monitorar, guardar”. Se a enfermeira preceptora entender a importância de sua função enquanto profissional responsável pelo desenvolvimento de habilidades e competências no outro, fará jus a esse conceito, de forma a zelar pela boa formação do aluno para que ele saia do curso e seja inserido ao mercado de trabalho e atue com segurança e aptidão técnica.

Reforçando essa ideia, Melo; Queluci e Gouvêa (2014) inferem que o preceptor possui potencialidade para auxiliar o residente em seu desenvolvimento, em sua capacidade de comunicação e liderança, entretanto, se este não possuir perfil educativo, pode se tornar uma barreira à aquisição desse residente.

A atuação dos preceptores em estudo realizado no Paraná é apontado pelos residentes como um facilitador no processo de formação. É evidenciado, ainda, que os preceptores são de singular importância na inserção do residente nos campos de prática e atuam como os mediadores das relações, dos conflitos e dos possíveis embates que possam vir a existir (WISNIEWSKI, 2015).

Nesse contexto, é interessante que o programa de residência tenha uma estrutura que perpassa pelo trânsito da teoria e prática e com atuação efetiva dos atores do processo onde os residentes são os atores principais. Todavia é necessária uma boa interação com os docentes e preceptores do curso, a fim de viabilizar o processo de ensino e aprendizagem já que a atuação

do residente da entrada no curso até sua conclusão é tão provisória (BRACCIALLI, et al., 2015).

Docentes de um estudo realizado recentemente em um Programa de Residência Multiprofissional e Integrada em Saúde, na região Sul do Brasil, apontam essa relação de provisoriedade do residente nos serviços de saúde. Eles enfatizam como essa relação é um aspecto que influencia no desenvolvimento da integração ensino-serviço e como essa situação dificulta a relação entre a equipe do serviço de saúde, o preceptor, o residente e o docente (MELLO et al., 2018).

Além do mais, os autores ressaltam que, ao serem inseridos aos serviços de saúde, para iniciarem a atuação, os residentes chegam com enorme desejo de mudança e força de vontade. Tal fato pode favorecer o trabalho solitário, as ações coletivas para mudanças e, dependendo da receptividade, serão fatores facilitadores ou dificultadores no caminho da residência (MELLO et al., 2018).

Ao desenvolver a integração ensino-serviço, esta sofre influência direta da referida provisoriedade do residente, posto que o desenho do eixo central na formação é o aspecto mais relevante dessa relação, cujas principais vistas é a valorização das ações individuais dos distintos profissionais e o fortalecimento do trabalho em equipe. O aperfeiçoamento dos modos de inserção do residente nos cenários de prática profissional poderá contribuir para que as instituições tenham um cuidado multiprofissional mais especializado e com consequente assistência qualificada (DRAGO, et al., 2013).

Dessa forma, faz-se necessário fortalecer as relações entre os profissionais do serviço, os alunos de graduação e pós-graduação, de forma a socializar o conhecimento e ampliar a teoria e a prática, possibilitando a práxis na profissão. Assim, ao mesmo tempo que é estudante, o residente pode ser co-partícipe no processo de ensino e aprendizagem dos alunos de graduação, motivando dessa forma, que ele seja ator ativo no aprendizado, cujos problemas da assistência estarão relacionados com a literatura e, assim, a competência de educador será desenvolvida (MELLO et al, 2018; VANNUCHI; CAMPOS, 2007).

Nessa perspectiva, é notória a necessidade de esclarecimento, tanto às equipes de saúde quanto aos apoiadores pedagógicos sobre os objetivos da formação de um residente, bem sobre como a importância do apoio e da atuação dos preceptores frente à qualificação desses profissionais.

No presente estudo, as egressas enfatizaram esse aspecto como pontos facilitadores e dificultadores quanto à atuação das preceptoras nas unidades de prática da residência, uma vez

que algumas preceptoras entendiam a relevância de sua participação na formação profissional das residentes, mas outras não, o que dificultava essa interação entre elas.

Observou-se que, tanto a residente como as preceptoras atuam com o seu *self*. As que estão com o seu “eu” resolvido possuem melhor aceitação do que aquelas que ainda estão discutindo o seu papel no serviço. Nesse contexto, o IS explica que quando o “eu” e “mim” estiverem em consonância, as relações podem melhorar.

Em síntese, é interessante repensar a atuação das preceptoras dos campos de estágio, as quais são consideradas fundamentais no processo de ensino aprendizagem das residentes. As funções dos preceptores estão diretamente ligadas ao tipo de profissional que será inserido nas instituições de saúde, tão logo estas concluam a formação, sendo esse um importante motivo de se relacionarem bem.

7.4.1.2 Subcategoria: Entraves entre Médico e Enfermeira X o Reconhecimento Profissional

As duas categorias profissionais de maior representatividade, responsáveis pelo cuidado do paciente e de grande importância na execução das atividades peculiares nas instituições hospitalares e que se interagem diariamente são os médicos e os enfermeiros. A atuação de médicos e enfermeiros ocorre de forma interdependente, com estreito vínculo e grande potencial de desencadeamento de conflitos interpessoais (OLIVEIRA et al., 2010).

A autora destaca também que a existência de conflitos entre as categorias profissionais ocorre no espaço de atuação e podem ser desencadeados pelas dificuldades de se desenvolver um trabalho em equipe talvez pelo medo da perda de espaço de atuação. Esses conflitos podem ser agravados caso as instituições negligenciem o apoio e/ou sustentem a centralização da assistência na categoria médica.

Esses conflitos podem ser prejudiciais não somente para a relação multidisciplinar, mas especialmente para o paciente, uma vez que os cuidados recebidos procedem dessa relação. Os conflitos, muitas vezes encobertos, são transportados sob a forma de uma discreta disputa de poder, na qual o desejo de ambos é demonstrar a preponderância de seu papel no cuidado do paciente, podendo tais atitudes resultar em erros que poderiam ser evitados. Alguns depoimentos demonstraram a dificuldade de relacionamento entre médicos e enfermeiras relatados nas entrevistas e apontaram para os entraves entre as categorias profissionais.

() diante daquela cena que eu observava de fora eu não aguentei, eu entrei na sala, pedi licença para esse médico que estava fazendo a manobra, tentei ser educada e disse pra ele, deixa ela fazer a força, ela pode fazer isso sozinha, ele me olhou e me ignorou, daí eu saí da sala de novo. Não me escuta. (Ana)

Eu precisei parar de dar aula aqui [interior], eu não podia formar profissionais que acreditavam que a assistência do parto é voltada para o médico, que não é da mulher ou que o enfermeiro obstétrico está ali de auxiliar, e isso foi me deixando frustrada, e com sentimento de inutilidade. (Priscila)

As enfermeiras preceptoras não tinham autonomia, elas não podiam simplesmente falar doutor eu não concordo com essa conduta, elas perdiam o emprego. (Rute)

Quantas vezes os médicos chegavam gritando na maternidade porque a paciente ainda não estava pronta, era umas coisas absurdas, uma falta de respeito (). (Rute)

Agora, um grande dificultador foi a corporação médica porque eles são muito intervencionistas e a gente tinha dificuldades às vezes fazer coisas básicas porque eles gostavam muito da mulher presa ao leito, ao contrário do enfermeiro". (Miriã)

Desde os séculos passados, os embates entre médicos e enfermeiros subsistem. As primeiras escolas de enfermagem foram criadas e o médico foi o único indivíduo possuído de qualificação para o ensino. Assim, competia a ele decidir quais papéis deviam ser responsabilizados pelas enfermeiras, tornando-as, assim, subordinadas às suas ordens. Acredita-se que esse cenário possa refletir em resquícios ainda hoje, sendo tão comum as relações de conflitos de papéis e de poder (OLIVEIRA et al., 2010).

Os estudos sobre as relações de poder têm tido considerável crescimento, seja na área empresarial, na acadêmica ou na psicologia organizacional. O estudo do poder e suas dimensões se faz relevante por tratar de um elemento com díspares interesses e conquistas. Alguns autores enfatizam que não existe relação social se não houver poder. Nesse sentido, diz-se que uma das circunstâncias mais reveladas na vida social é justamente a do poder, que não existe relação social na qual ele não se faça presente (STOPPINO, 1984 apud SANTOS et al., 2015).

As divergências de opiniões e de condutas são naturais e inevitáveis no ambiente de trabalho. Teóricos interacionistas afirmam que os conflitos são uma necessidade absoluta e um estímulo às organizações, no sentido de gerar crescimento. Estes podem apresentar caráter construtivo ou destrutivo, a depender da maneira como são gerados e conduzidos (STUMM; MAÇALAI; KIRCHNER, 2006).

As atrizes desse estudo, em diversos momentos da entrevista, relataram a dificuldade de relacionamento e de comunicação com os médicos, e quando havia, era evidente a

divergência de opinião. Estudo recente aponta semelhante resultado e evidencia a realidade de conflitos entre o exercício profissional dos médicos obstetras e das EO, configurando, assim, um choque de modelos de assistência coexistindo num só espaço de atuação o qual poderá se tornar uma barreira para o trabalho colaborativo (AMARAL et al., 2019).

O trabalho colaborativo entre a equipe pode ainda ter como barreiras a falta de compreensão dos papéis profissionais, a ineficiência na comunicação e as relações hierarquizadas. Tais barreiras propiciam um clima de competição, de medo, de desconfiança e exacerbam os conflitos. A clareza na comunicação entre profissionais sobre a assistência a ser prestada promove a interação entre as partes, o que refletirá no bom desempenho da equipe e na consequente melhoria na qualidade da assistência prestada (SAAD; RIESCO, 2018).

Contrário a isso, a falha de comunicação e a divergência de opinião provocam o desgaste da relação entre profissionais, podendo acarretar na desmotivação para o trabalho e o constante sentimento de desrespeito. É um grande desafio e tem sido foco de estudos o estabelecimento das boas relações inter-profissionais, com reconhecimento das classes por meio do gerenciamento relacional.

Nessa perspectiva, a transformação da formação e das práticas passa a ser outro desafio a ser superado, visto que implica em mudanças de paradigmas que já foram estruturados nos serviços de saúde, nas instituições de ensino e nas relações interpessoais.

É necessário, conforme Nascimento; Oliveira (2010) referem em seu estudo, fortalecer e viabilizar espaços de confiança para a construção da autonomia e de reconhecimento profissional com o intuito de estabelecer vínculos entre a equipe multidisciplinar.

A construção desses espaços permite que o reconhecimento e o respeito entre as classes ocorram como um exercício diário, favorecendo que a assistência se torne integral e humanizada. Dessa forma, será possível a construção de um novo modo de se trabalhar em saúde centrado no usuário, por meio do diálogo e da aproximação das práticas e das concepções de atenção à saúde vigente, com consequente qualidade, resolubilidade e equidade (NASCIMENTO; OLIVEIRA, 2010).

Entretanto, para que ocorra uma mudança efetiva de modelo, é necessário que ocorra uma assistência colaborativa entre o médico e a EO nos aspectos relacionados ao cuidado à mulher e ao neonato. Se a atuação da EO é restringida por conflitos, o foco que direciona à disputa de mercado favorece a tensão dos processos utilizados para qualificar a assistência (LIMA et al., 2015).

A ideia é tirar os olhos dos conflitos de relacionamento entre equipe e voltar-se para aquela que de fato importam nesse momento, a gestante, ou parturiente ou puérpera, usuária

dos serviços de saúde, com nos comprometemos a oferecer uma assistência humanizada e de qualidade.

Outro ponto relevante a se considerar perpassa a questão de os entraves existentes não estarem somente relacionados aos conflitos entre categorias profissionais. Existe uma legislação e os hospitais a cumprem, pois, a contratação do enfermeiro obstétrico acontece, entretanto não se formam núcleos de estudo e de transformação para a assistência obstétrica, o modo de se atender a parturiente continua o mesmo. Há necessidade de modificação desse atendimento, pois, nos serviços que a residência utiliza como campo de práticas, a estrutura física está montada, mas a humana ainda não. O relato a seguir reforça esse entendimento.

A atuação do profissional depende muito da equipe e da gestão do serviço. A instituição coloca o enfermeiro obstétrico lá dentro, mas não abrem para que esse enfermeiro atue com a autonomia de sua categoria. (Miriã)

Ainda nessa perspectiva, considera-se também a questão do paradigma de as atividades e de as intervenções médicas serem consideradas mais valorizadas que os cuidados de enfermagem à mulher. Esse paradigma fortalece o conflito permanente entre as classes e dificulta o trabalho colaborativo (SAAD; RIESCO, 2018).

Os relatos apresentados demonstram uma dicotomia de atendimento. Enquanto alguns serviços não conseguem ter suas equipes integradas, outros mantêm um serviço baseado no atendimento do enfermeiro. Alguns depoimentos trazem essas evidências.

Nas instituições hospitalares, a gente presenciou dois lados, [uma delas] é uma instituição que valoriza muito o enfermeiro e eles coordenam a maternidade. As mulheres acreditam no trabalho das enfermeiras obstétricas e já sabem como que vai ser, você não vê subordinação intelectual entre médico e enfermeiro, a relação é horizontal entre eles, então é muito diferente. (Marta)

Então boa parte das coisas que eu não tinha oportunidade de fazer em umas das Instituições do Sul de Minas, porque eu era barrada, na outra eu já tive, os médicos deixavam a gente assistir a paciente durante todo o trabalho de parto e parto, eles confiavam realmente na gente, sem questionar, isso era bom! (Debora)

A gente tem uma coordenação médica lá [determinada maternidade] que é totalmente voltada para humanização, então assim, a participação é deles, mas a coparticipação é nossa. O enfermeiro tem autonomia e a gente atua perante a mulher conforme os nossos conhecimentos, a gente assiste os partos eutócicos sem nenhuma influência deles. (Priscila)

A gente faz avaliação da gestante que chegou, porque o clínico solicita a avaliação da enfermeira obstétrica, aí a gente desce, avalia, faz o relatório (). E como agora a gente mesmo está ligando para o obstetra, ou então ele liga para gente e diz: Estou mandando uma paciente, você pode olhar para mim? Isso antes do clínico saber. Então quer dizer, a gente já está galgando confiança e espaço. (Abigail)

Diante dos depoimentos, o que evidenciamos é que estamos a caminho do reconhecimento profissional advindo da categoria médica. Consequentemente, podemos identificar uma tímida previsão de mudança de paradigma e do modelo de assistência à mulher no ciclo grávido puerperal. O reconhecimento entre classes pode levar à conquista da autonomia profissional da enfermeira obstétrica, o que atribuirá em melhoria dos indicadores de saúde materna e perinatal.

Sendo assim, e como exposto, a relação harmoniosa demonstrada entre os médicos e as enfermeiras em alguns relatos desse estudo favorece um ambiente agradável para o desenvolvimento das funções propostas para cada categoria. Corroborando essa evidência, estudo de Oliveira et al., (2010), realizado em um hospital escola referência no Estado do Goiás sobre a relação entre médicos e enfermeiros, revelou a boa relação entre os profissionais entrevistados como um fator preventivo para o conflito, resultado também identificado em determinadas entrevistas deste estudo.

Depois esse médico chegou em mim e eu estava tão nervosa que eu falei para ele, olha doutor, por que vocês não deixam o parto para gente? Se tiver intercorrência, a gente chama vocês, e ele concordou, disse assim: você tem razão, parto é para vocês enfermeiras mesmo, a gente não tem paciência de esperar e elogiou minha postura, disse que gostou de me ver chegar e dominar a situação. (Ana)

Porque lá [determinada maternidade], é um lugar que o enfermeiro atua, e o médico tem tanta confiança que ele fala que só é chamado quando não tem jeito mesmo, aí ele entra, e ele discute o caso com as enfermeiras. As enfermeiras são maravilhosas, elas têm muita vivência... () (Abigail).

() Os médicos já dizem, olha, parto é com as enfermeiras! e eles falam para as pacientes, olha, vocês estão em ótimas mãos, eles falam, eu não gosto de parto, parto é com elas [as enfermeiras], e eles [os médicos] falando com as pacientes já ajuda a criar um vínculo sabe, é uma profissão que se tem criado grande respeito por parte dos médicos, muito respeito e por isso tem só a crescer e a melhorar. (Sara)

No que tange à importância do relacionamento harmonioso no local de trabalho, vale salientar que, quando este existe, toda equipe inserida é beneficiada, favorecendo, assim, a execução de um bom trabalho, o qual ocorre em um ambiente cujas reflexões são proporcionadas com o intuito fazer uma aproximação entre seus membros.

Estudo realizado em Cáceres/MT sobre a importância da boa relação entre a equipe multiprofissional na perspectiva do enfermeiro demonstrou que, dentre os fatores que favorecem a boa relação entre os profissionais, estão a comunicação interprofissional e o reconhecimento do trabalho profissional do enfermeiro pelo médico (SANTOS, et al., 2015). Esse estudo traz a assertiva de que o “reconhecimento interprofissional” se faz um fator preventivo para o conflito, e confirma a boa relação entre os profissionais médicos e enfermeiros entrevistados.

As falas de algumas egressas do presente estudo demonstraram resultados semelhantes ao apontar a percepção das egressas sobre a relevância do reconhecimento profissional e relacionamento harmonioso entre equipe, especialmente por parte dos médicos. Esse achado justifica-se pelo fato da EO ter uma atuação participativa com o médico por meio das pacientes que são deles, a captação da usuária do serviço de saúde é feita pelo médico nos consultórios e/ou nos serviços de atenção básica à saúde, e isso é compreendido perfeitamente pelas enfermeiras.

Por esse motivo, é necessário o cultivo do trabalho em equipe, de modo a se evitar a centralização das ações em nenhuma das categorias, o trabalho com o respeito do espaço de cada um, já que ambas as classes têm seu valor e importância. Na interação social, as pessoas são vistas como atores que se relacionam, comunicam-se e interpretam um ao outro.

Algumas falas relatadas demonstram com clareza que essa interação social. Quando essas categorias profissionais trabalham em conjunto, o médico apoia o trabalho da EO e existe reciprocidade de respeito e reconhecimento, assim, a maior beneficiada passa a ser a paciente, a qual passa a fazer parte desse processo de interação entre eles e, como resultado, ela recebe uma assistência digna, respeitosa e harmoniosa.

Quando a seguinte menção é feita ao médico: *“Depois esse médico chegou em mim e eu estava tão nervosa que **eu falei para ele**, olha doutor, por que vocês não deixam o parto para gente? Se tiver intercorrência a gente chama vocês, **e ele concordou...** ()”* eles na verdade estavam envolvidos no processo de interação social como elementos significativos, pois interagiam no ambiente de trabalho e ela, por sua vez, utilizou o processo interpretativo ao interagir com os objetos mais significativos de sua prática, a comunicação e a expressão.

O sentido da situação emergiu da interação social entre eles cujos resultados foram modificados de acordo com as respostas à vivência do conflito e com a maneira com que eles enfrentaram a situação. Resultou-se nesse momento o *self* julgamento, por meio do julgamento que o médico fez da enfermeira.

Enfim, ficou evidente a possibilidade de interação social e harmoniosa entre a equipe. Esse resultado contraria muitas evidências de outras pesquisas na área, uma vez que ressaltou a possibilidade de as relações entre profissionais serem construídas, independentemente de, na instituição, o trabalho da EO estar ou não consolidado.

7.4.1.3 A Atuação da Enfermeira Obstétrica na Atenção Primária e Hospitalar

A atuação da Enfermeira Obstétrica (EO) no processo de parturição e o desenvolvimento de pesquisas por estas na área contribuem para a melhoria dos indicadores de saúde e para a transformação da prática obstétrica e do modelo assistencial, que tem por objetivo a assistência segura e humanizada (APOLINÁRIO, et al., 2016).

No período gravídico, a efetivação do atendimento à mulher, na maioria das vezes, deve acontecer pela enfermeira da unidade de APS que, por sua vez, tem a responsabilidade de oferecer uma assistência dotada de destreza e de habilidade técnica. Tal comprometimento acarretará a redução dos índices de morbimortalidade materna e neonatal, bem como a humanização da assistência ao pré-natal (GARCIA et al., 2018).

Essa assistência é conferida pela enfermeira à mulher que no período gestacional perpassa inúmeras alterações. Sabe-se que, desde a institucionalização do parto, políticas de atenção à mulher nesse período têm sido estabelecidas. O Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento do Ministério da Saúde (PHPN) foi instituído por meio da Portaria 569/2000 para oficializar a prática dos partos de baixo risco com assessoria dessas profissionais pensando em melhorar a qualidade da assistência obstétrica e neonatal, sendo sua principal estratégia a cobertura e a qualidade de acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e ao puerpério e, ainda, assegurar a melhoria do acesso às mulheres (BRASIL, 2002; BRASIL, 2000).

Nota-se que ainda é pequena a qualificação das enfermeiras em obstetrícia na APS e a assistência qualificada a mulher no período gestacional nessas unidades é de suma importância. O incentivo à inserção profissional da EO no pré-natal tem ocorrido em maior intensidade após a legalização da consulta de enfermagem na assistência ao pré-natal de baixo risco. Se por um lado, a EO reúne atributos para oferecer uma assistência qualificada à mulher no parto, com conhecimento técnico-científico da gestação ao puerpério, ela também possui preparo legal para realizar diagnósticos, prescrever medicamentos, solicitar exames e avaliá-los (GARCIA; GARCIA; LIPPI, 2010).

Os Programas de Residência Obstétrica têm contribuído para a inserção dessa profissional nas unidades primárias de saúde, ainda que como residentes. Ao receber uma residente em Enfermagem Obstétrica nessas unidades de saúde, é necessário que a enfermeira preceptora tenha um conhecimento diferenciado na área materno-infantil para que possa de fato contribuir com a formação profissional dessa aluna. Esse interesse pode ser despertado a partir do momento que a enfermeira aceita esse desafio de ser preceptora de formação qualificada.

Esse estudo revelou que todas as enfermeiras preceptoras das unidades de APS que fazem dos campos de prática do programa de residência estudado, não obtinham formação em obstetrícia. Ainda assim, vários relatos foram positivos quanto a essa atuação.

() A atuação na atenção básica me impressionou muito porque antes eu nem era muito ligada a essa parte. Quando a gente foi para lá [APS], eu me encontrei e vi a grande importância. As mulheres, infelizmente, ainda não sabem dos seus direitos, e nós profissionais podemos ter a ideia de que essa função cabe somente ao enfermeiro da unidade hospitalar, e isso é um erro. Então se não for a gente para poder falar elas podem continuar sem saber. (Marta)

“Na atenção básica, ao criar esse vínculo com a mulher, eu consigo empoderá-la para ela ter um parto normal, para ela conhecer os seus direitos, tomar suas decisões e assim não ser submissa a vontade médica em detrimento da vontade dela. Esse entendimento eu adquiri na residência. (Débora)

No parto sem distocia eu tenho segurança para atuar () Na atenção primária, foi excelente, faço muitos pré-natais onde eu trabalho, a residência contribuiu bastante com a minha formação. (Rute)

Foram instituições muito diferentes onde tivemos experiências muito ricas em todas elas, nós vimos vários lados da obstetrícia. Na atenção básica, eu acho que a enfermagem obstétrica tende a crescer e muito, porque a gente consegue fazer a consulta de pré-natal, o acompanhamento neonatal e fazer muita coisa interessante, então eu acho que, o futuro da enfermagem obstétrica na atenção básica é muito promissor se tiver mais investimento. (Marta)

O enfermeiro da atenção primária tem grande importância com relação a manter a gestante orientada e empoderada para o parto normal, para os cuidados com o recém-nascido e principalmente o puerpério onde muitas vezes a mulher se sente esquecida e abandonada, já que a atenção é voltada para o bebê nesse momento. (Maria)

Na assistência ao parto e ao nascimento, observa-se também uma tímida inserção de EO nas maternidades. Estudo realizado no Rio de Janeiro observou a dificuldade da inserção da EO; o coeficiente diminuído de enfermeiras especialistas atuando na assistência ao parto; a

ausência de espaço para autonomia profissional; o conflito de atuação com médicos obstetras, dentre outras (AMARAL et al., 2019).

Esse estudo mostra, ainda, a necessidade de inserção direta da enfermeira obstétrica na assistência qualificada ao parto e nascimento, sobretudo, a valorização do cuidado humanizado bem como autonomia para o exercício profissional. Tais medidas podem contribuir com as mudanças nos marcadores de assistência ineficiente.

Essa transformação ocorre à medida que a EO vai se inserindo nas instituições de saúde, seja na APS ou na área hospitalar. A questão, nesse sentido, baseia-se também na disposição em mudar a realidade tão evidente em muitas instituições do país. O que pode acontecer é a enfermeira se sentir sozinha nessa batalha, sem forças para lutar.

() A atuação do enfermeiro obstétrico depende muito da instituição, e eu vejo que algumas instituições estão abrindo mais as portas para esses profissionais, mas, o que a gente vê é que as orientações das instituições se baseiam mais nos seus próprios interesses. (Miriã)

Toda aquela ilusão, toda aquela segurança adquirida no meu processo de formação profissional na residência, no Sofia, aquela vontade de fazer diferente, foi por água abaixo porque eu vi que eu estava sozinha, eu não tinha em quem me apoiar. (Ester)

As falas me remetem ao estudo de Saad e Riesco (2018) quando é revelado que a falta de autonomia para atuação das EO acontece devido à existência do vínculo entre a cliente particular e o médico. Considera-se essa uma condição que leva à atitude de “posse”, transferindo a condução exclusiva das ações e dos cuidados ao médico. Dessa maneira, a EO fica à margem do cuidado e da assistência à mulher, exercendo apenas uma função de dar apoio ao trabalho do médico.

Essa situação de tensão em busca de autonomia técnica sempre foi um problema. Os desencontros entre os saberes são sempre prejudiciais quando, na realidade, o que deveria prevalecer seriam os interesses em comum, ou seja, a melhor assistência realizada ao binômio mulher/filho e a família, sendo por fim as diferenças reparadas.

Outra questão, ainda, se refere ao fator totalmente cultural existente na sociedade em geral que possui uma visão “medicalocêntrica”, segunda a qual o pré-natal deve ser realizado pelo médico e o parto também assistido por ele. Na percepção das egressas, essa realidade apresenta uma tendência de mudança, mas primeiramente ela ocorrerá nos grandes centros, sendo esses aspectos dependentes da localidade.

Dentro do modelo de atuação não só nos hospitais mas na atenção primária, a assistência ainda é muito voltada para o médico, e isso também que é muito cultural, observa-se a tentativa de mudança até em relação a formação profissional mas ainda leva tempo. (Maria)

Mulher nenhuma [em determinada maternidade na capital] questionava a assistência feita pelo enfermeiro, elas não perguntavam “cadê o médico”? “O médico não vai vir me ver não”? Isso é muito do interior, mas lá não [capital], todas já sabem que serão assistidas pelas enfermeiras obstétricas e estão super satisfeitas. (Débora)

() Nas instituições do interior a mudança é muito tímida ainda, qualquer procedimento simples a gente vê o enfermeiro pedindo autorização para o médico. Os profissionais estão ali para atuar com a mesma visão de muitos anos, que o enfermeiro não sabe dar uma assistência qualificada no parto, eles julgam que não sabem fazer várias coisas e entendem que é só o médico que pode e sabe fazer(). (Miriã)

É relevante compreender que o processo de gestação, de parto e de nascimento se trata também de um evento social, que sofre influências culturais e exige um profissional que atue de forma responsável e diferenciada, que possua uma formação ético-humanística e científica para que a assistência no cuidado à mulher, ao filho e aos familiares ocorra de maneira afetuosa, empática e segura (CAUS et al., 2012).

A partir do momento em que a sociedade passa a entender que a enfermeira atua com base nessas premissas, começa a haver uma transformação da cultura. Entretanto, é necessário que a enfermeira atue com respeito à bagagem cultural trazida pela mulher e a apoie no esclarecimento de suas dúvidas, seus medos e anseios não desqualificando suas crenças sobre o processo de parturição (VARGENS; QUITETE, 2009).

Os depoimentos apresentados representam a relação da vida humana em grupo, que, segundo Interacionismo Simbólico, consiste na interação entre pessoas. Tanto as residentes, quanto as EO preceptoras, quanto as clientes e seus respectivos médicos são pessoas em ação e que desenvolvem diferentes atividades que as colocam em diferentes situações.

Entendemos que os conceitos interação social e a sociedade estão intimamente relacionados. Como resultado das situações apresentadas, temos indivíduos envolvidos em um processo de interação social.

Quando evidenciamos a diferença de condutas nas ações dependendo da localidade, remetemos às concepções culturais e de estrutura social apontados por Charon (1989). A cultura é compreendida como um costume, uma tradição, um valor, claramente resultante da ação das pessoas. Assim, a cultura vai sendo reforçada pela sociedade que interage cooperativamente.

Observou-se a interação dos indivíduos entre si, bem como a definição e a alteração dos seus próprios atos e dos atos alheios, de acordo com a cultura já estabelecida em vez de simplesmente reagir a elas, já que a resposta às ações se baseia no significado que cada indivíduo tem sobre elas.

A interação entre cliente e EO acontece quando a resposta vem diante de uma necessidade. Essa relação, quando se trata de gestante e/ou parturiente, envolve o vínculo afetivo, ao mesmo tempo em que a EO reveste essa mulher de empoderamento, a recobre de carinho, de dignidade e de respeito. É uma profissional que é capaz de dispor do seu saber enquanto fortalece a identidade dessa mulher bem como sua capacidade de parir.

A EO é dotada de habilidades e de competências para atuar, todavia essa realidade ainda é pouco evidenciada às mulheres e à família, o que deve de fato acontecer para que haja uma mudança de paradigma em relação a participação dessas profissionais na assistência qualificada, e situações como as reveladas possam ocorrer cada vez com menor frequência.

Diante dos relatos anteriores, e ainda dentro da perspectiva do fator cultural, foi destacada uma diferença entre as localidades (interior e capital). Faz-se necessário um posicionamento da enfermeira diante de seu papel frente a equipe multiprofissional e a sociedade, juntamente com o médico, porém, em áreas distintas, cada um com sua importância e valor. A sobrecarga da EO também foi evidenciada pelas atrizes do estudo.

Todo dia eu tentava passar o plantão legal, mas fim de semana eu tinha que tomar conta dos pacientes de clínica além do berçário, pediatria, maternidade, centro cirúrgico, e da UTI adulto. Era tipo, muito desgastante, e eu disse o que eu estou fazendo aqui, eu não preciso disso não. (Rute)

() Eu era enfermeira da maternidade e da pediatria, mas a pediatria me sugava muito mais. Eu não pude exercer meu papel de obstetra, de acompanhar o trabalho de parto (). (Ana)

Que a sobrecarga da enfermeira que atua na assistência hospitalar existe, é fato. Mas estudos também tem apontado essa sobrecarga na enfermeira que atua na APS.

Essa sobrecarga mencionada nos relatos anteriores também foi evidenciada em estudo sobre a atuação da enfermeira na assistência ao pré-natal no interior de Minas. Os achados revelaram que, apesar de as enfermeiras possuírem habilidades e conhecimento técnico científico para efetivar uma consulta de enfermagem voltada para o pré-natal de qualidade, se deparam com a sobrecarga de trabalho que lhes é imposta, ficando boa parte de suas ações voltadas para as questões burocráticas e administrativas, o que dificulta sua atuação na assistência (GARCIA et al., 2018).

Outro estudo aponta o aumento constante da demanda dos serviços públicos de saúde os quais influenciam diretamente no acúmulo de atividades, e consequente sobrecarga de trabalho do enfermeiro, já que o pré-natal é apenas mais uma das inúmeras atividades exercidas este profissional, ficando a qualidade da assistência às usuárias do serviço comprometida (WISNIEWSKI; GRÓSS; BITTENCOURT, 2014).

Neste estudo, foi questionada a opinião das egressas acerca das condições de atuação profissional da EO dentro de suas vivências no curso. As respostas foram diversificadas de acordo com as realidades com as quais elas se depararam nos campos de prática dos hospitais ou APS.

Temos ainda a cultura da cesariana, mas o parto normal tem ganhado espaço, e cada vez mais as políticas têm trago essa autonomia para o enfermeiro e têm hospitais que são mais conscientes nessa parte e estão mais incisivos, fazem questão da gente, eles têm o enfermeiro como parceiros de trabalho mesmo. (Abigail)

Aqui eu me sinto muito mais enfermeira obstétrica, né, a gente atua no puerpério, no aleitamento, no trabalho de parto, nos tratamentos clínicos, e a gente consegue fazer até mais do que deveria fazer (). (Ana)

Na atenção primária, a gente acompanha essa mulher desde o início da gestação, a gente acaba estabelecendo um vínculo, o que é diferente lá no hospital, pois muitas vezes a mulher chega no hospital com uma ideia pré-concebida do tipo de parto que ela quer e do que irá acontecer com ela, e mudar tudo é muito difícil porque você ainda não criou um vínculo com ela e nem tem tempo hábil para isso. (Debora)

No [hospital] nem se fala, porque lá todas as enfermeiras são obstétricas, elas que decidem as condutas que serão tomadas, trabalham sempre encima de protocolos, a conduta é delas, a hora de colocar uma ocitocina, a hora de tirar, indicar uma cesariana, existe de fato muita autonomia para se trabalhar. Então é uma profissão que está crescendo e ganhando muito respeito. (Sara)

Não é pouco comum nas falas notarmos a relação da atuação da EO com a necessidade de se ter autonomia nas ações. Embora já tenhamos discutido esse assunto, vale ressaltar que essa necessidade é inerente ao enfermeiro, pois, à medida que o profissional é qualificado para atuar em sua área, necessita sentir que essa abertura foi dada a ele no sentido de poder exercer com autonomia as funções para as quais ele se qualificou.

Acredito que essa situação tem apresentado uma mudança, ainda que tímida. Começamos a ver o sucesso na inserção do EO nas instituições, onde ele tem crescido em autonomia, porém essa transformação será de médio a longo prazo.

A partir do momento em que a visão, tanto dos gestores como das demais áreas das instituições de saúde for ampliada, perceber-se-á que, quando um profissional qualificado é inserido nesse contexto de atuação, a tendência é melhorar, mas para isso é necessário que a autonomia seja dada, ou quem sabe, conquistada e a atuação do enfermeiro seja ainda mais fortalecida.

Quando a pesquisadora infere a hipótese da autonomia para atuação profissional da EO seja conquistada, na verdade estou corroborando com Caus et al., (2012). Os autores enfatizam que as habilidades e as competências e atuação com autonomia da EO devem ser desenvolvidas, assim como a aquisição de segurança técnica para que haja uma percepção das múltiplas e complexas dimensões que envolvem o processo de gestar e parir.

Diante dos fatos evidenciados neste estudo, não restam dúvidas de que a EO possui atributos em demasia para desempenhar com proficiência suas funções. Todavia far-se-á referência a algumas inquietações aludidas pelas atrizes.

Elas fizeram menção à importância da atuação da EO, da relação feita com base no aprendizado teórico adquirido no curso versus a realidade vivenciada por elas nos campos da prática assistencial. Notou-se que tinham “expectativas idealizadas” as quais foram adquiridas nas aulas teóricas do curso, entretanto, ao se depararem com a prática, a realidade fora outra. Esse aspecto será discutido a seguir e foi denominado de “o real e o imaginário”.

7.4.1.4 Atuação da Enfermeira Obstétrica- “O Real e o Imaginário”

O modelo prevalecente da atenção ao parto e ao nascimento no país ainda permanece centrado no profissional médico, o que é determinado por uma cultura institucional com rotinas ultrapassadas. Diante dessas premissas, as enfermeiras obstétricas enfrentam dificuldades para atuar na assistência ao parto e ao nascimento, apesar da mudança dessa realidade estar prevista nas políticas de saúde (COSTA; SCHIRMER, 2012).

Sob essa ótica, o real e o imaginário se referem ao fato de o conflito interno relatado pelas egressas acerca dos conteúdos teóricos estudados em sala de aula irem além das realidades vivenciadas nos cenários de prática, o que será apresentado a seguir.

()E eu comecei lá [...], mas infelizmente a experiência não foi muito positiva”. () eu saí de um lugar de total autonomia [...] e na certeza que poderia também fazer aqui e dei de cara com uma realidade totalmente diferente, desconstruindo tudo o que eu idealizava fazer. (Ester)

Apesar de saber que a assistência que a gente prestava estava longe do ideal, pois quando eu fui para [...], eu comecei a ver e idealizar no meu imaginário o que de fato eu deveria ser como profissional, e lá eu vi como eu deveria humanizar mais, melhorar mais a qualidade da minha assistência, então eu entrei em conflito entre o real e o imaginário. (Rebeca)

() depois que eu cheguei [...], eu vim com uma ilusão muito grande mas a realidade foi outra aqui, a gente vem sem medo porque a gente descobre que o parto é fisiológico, e fica sempre aquela lembrança boa de que é possível acontecer do jeito que aprendemos na teoria. (Ana)

() Depois a gente, volta para a nossa realidade do interior, essa rivalidade sem sentido entre profissionais, para quê? (Débora)

A reflexão crítica da realidade faz parte do perfil do enfermeiro que possui uma formação em saúde diferenciada e o leva a estabelecer rupturas na cultura institucional hegemônica e construir novas práticas e relações no trabalho. A partir dessa premissa, estabelece-se a efetivação dos direitos de cidadania e, acima de tudo, de um projeto profissional de cuidado humano, ético e com aptidão técnica (PEREIRA; NICÁCIO, 2014).

As egressas do estudo, como já discutido, saíram do curso se sentindo aptas e seguras para a atuação profissional. Contudo, o sentimento de desconstrução do que foi idealizado por elas foi inferido, uma espécie de frustração de não conseguir colocar em prática o que se aprendeu na teoria, o que trouxe uma experiência negativa do curso.

Resultado semelhante foi revelado recentemente em estudos com EO especializadas por meio de um curso de residência. Os resultados mostraram a percepção positiva das enfermeiras sobre a formação pelo programa de residência, entretanto apontaram contradições entre o enfoque no cuidado humano do ensino teórico e o persistente modelo medicalizado frente aos cenários do ensino em serviços de saúde (PEREIRA et al., 2018).

A questão trazida pelas atrizes baseia-se exatamente na tentativa de desconstrução do referido modelo medicalizado de assistência, a hegemonia médica, as frustrações também se referem à falta de autonomia para atuar.

A residente iniciou o processo de formação desejado, a residência obstétrica. Ela gerou toda uma expectativa sobre o curso, e muitas delas, logo no início, já foram sendo atendidas. A partir do momento em que ela começa a enxergar a teoria, com todo o romantismo e brilho que ele tem e de repente se depara com uma realidade discrepante, ela se comunica com o seu *self*.

E na fase “eu”, ela se sente impotente, eu sou uma enfermeira, estou me qualificando, todavia não me vejo em condições de transformar essa realidade. Essa imagem, criada dela mesma, acaba interferindo nas relações interpessoais.

Por outro lado, na fase “mim”, ela se relaciona com as outras pessoas, porém percebe que sua identidade foi perdida, redefinindo e transformando o seu *self*. Nesse momento ela se comunica com sua mente, acontecendo uma interação simbólica com o seu *self* e, logo a seguir, os seus atos serão uma resposta à interpretação feita pelo indivíduo sobre a ação humana. Sendo a interação negativa, a reação da residente é o isolamento e a apatia, posto que a interação é capaz de determinar e modificar a direção dos atos uns dos outros.

Observa-se também o real e o imaginário, quando as egressas, ao se inserirem no mercado de trabalho, depararem-se com a dificuldade em atuar no exercício da profissão pelo qual elas se qualificaram. O fato de elas não conseguirem executar suas funções com autonomia, enfrentar a dificuldade na comunicação e interação social, pode também ser um fator de não enfrentamento e sujeição.

Eu fiquei lá [hospital] 3-4 meses apenas, o índice de cesariana nesta instituição é de 94%, então eu só avaliava as mulheres no pronto socorro onde eu era chamada e em seguida já ligava para o médico que encaminhava para fazer cesariana, era assim que tinha que ser feito, foi frustrante, muito diferente do que eu sonhei. (Rute)

Eu resolvi mudar, sair da assistência. Não adianta mudar no topo, tem que mudar na raiz. Então eu fui para o mestrado, tem que mudar quem está em formação, estou tentando mudar aqui, dando aula, passando minha experiência, minha paixão na obstetrícia e quem sabe assim, eu não consigo ter pessoas que também goste e queira mudar junto comigo. (Ester)

() Logo que eu terminei a residência, eu fui selecionada para ser enfermeira da maternidade e da pediatria [...]. Quando eu cheguei lá, me deparei com outra realidade, um índice muito baixo de parto normal, a pediatria não deixava eu acompanhar os poucos trabalhos de partos que tinha, ela me sugava muito mais, eu não pude exercer meu papel de obstetra. () Eu cheguei a finalizar de dois a quatro partos nos cinco meses que fiquei lá, mas foi pouco e desgastante. Eu não estava gostando porque eu não estava assumindo a obstetrícia e essa era a minha ilusão, o que realmente eu queria. Foi até um pouco frustrante porque eu via elas lá em trabalho de parto, precisando de uma assistência qualificada, nossa, era uma coisa muito retrógrada, com muitas intervenções, eu queria fazer o meu trabalho, aquele que eu idealizei, mas eu não conseguia. (Ana)

Estudos provenientes de grandes centros de partos normais (CPN) têm evidenciado que a maioria dos partos normais têm sido assistidos por enfermeiras obstétricas em todo país. O Sofia Feldman, Hospital-Maternidade de Minas Gerais, possui um alto índice de partos normais (93,4%) desde a sua criação em 2001, sendo estes assistidos por enfermeiras obstétricas. Esse estudo revela que a EO é uma profissional de presença ativa e grande

responsável pela assistência humanizada e qualificada durante o parto e nascimento (AMORIM, et al., 2012).

No presente estudo, alguns cenários de prática da residência contrariam esses achados, e o fato do crescimento e da inserção dessas profissionais estar ocorrendo exponencialmente em muitas localidades do Brasil e ocorrido a divulgação dessa realidade, especialmente nas capitais dos estados e em grandes centros, as profissionais que não conseguem assumir essa posição nas instituições de pequeno e de médio porte, localizadas na maioria das vezes em cidades do interior, acabam por ter esse sentimento de frustração e do não idealizado para atuação enquanto EO.

Sob essa ótica, faz-se necessário a busca por elementos que venham de fato contribuir com a inserção e com a valorização da EO nas instituições de saúde com vistas à superação dos obstáculos existentes na promoção do parto e do nascimento seguros.

Ressalta-se, por fim, a importância da busca por parcerias, por fortalecimento dos órgãos de classe, por união de esforços, por atuação política, por reflexão sobre a prática, por atualização contínua, por ser flexível quanto às inovações, por colaboração no trabalho interdisciplinar e comunitário, por contribuição para a transformação do modelo de assistência, sendo estes alguns dos elementos necessários para o fortalecimento da atuação da EO (NARCHI; CRUZ, GONÇALVES, 2013).

Superados os obstáculos, e uma vez que os Programas de Residência Obstétrica têm contribuído com a inserção de enfermeiras qualificadas nas maternidades, é importante que haja a adequação desses programas no sentido de desenvolver atitudes ético-políticas, bem como uma maior sensibilização quanto às funções de cada ator envolvido no processo de formação profissional das residentes.

Tal iniciativa levará, ao final de cada turma, à inserção de enfermeiras, não somente com uma formação profissional de qualidade, mas também de profissionais aptas a se unirem ao desafio da continuidade e do fortalecimento da assistência obstétrica no país.

7.5 Diagrama 3 - Categoria Central: A Residência em Enfermagem Obstétrica para as egressas do curso conferiu formação para a atuação qualificada e a inserção ao mercado de trabalho com vistas à autonomia profissional

Fonte: Elaborado pela pesquisadora.

Diante das discussões realizadas nesta tese, as quais basearam-se nas entrevistas com as atrizes do estudo, é momento de remeter à teoria fundamentada nos dados. Reconsiderar algumas críticas observadas no estudo leva-nos a renovar o pensamento enquanto o alcance da teoria seja ampliado.

As experiências vivenciadas pelas egressas da residência obstétrica foram evidenciadas nas categorias discutidas, bem como a autonomia por elas desenvolvidas e a inserção ao mercado de trabalho. Esses achados foram significativos e podem levar ao aprimoramento e à implementação do curso.

Estudar a contribuição do curso de Residência Obstétrica na formação de enfermeiras egressas logo após a conclusão da formação das duas primeiras turmas, possibilitou conhecer suas percepções acerca da temática, as perspectivas para atuação após o curso, os significados atribuídos nesse processo e as implicações atribuídas na vida das enfermeiras obstétricas em relação a suas preferências para atuação profissional.

Dentre todos os aspectos discutidos em cada categoria, foi ainda possível realizar uma reflexão teórica quanto aos fatores facilitadores e dificultadores encontrados durante o processo de formação profissional das residentes.

Os principais fatores facilitadores foram apontados como a base teórica do curso, o envolvimento e comprometimento do corpo docente, e em especial, a coordenadora do curso, a qual, segundo as falas das atrizes, não media esforços para dar total suporte na formação. Elas consideraram, ainda, como fatores facilitadores a bolsa concedida pelo governo de incentivo aos estudos, a carga horária do curso que, embora extensa, foi considerada essencial para a aquisição de experiência profissional.

Os principais fatores dificultadores foram explicitados como a falta de autonomia para atuação enquanto residentes, os entraves entre equipe médica e o perfil das enfermeiras preceptoras de alguns cenários de prática na rede hospitalar, o que gerava dificuldade na execução das atividades propostas pelo curso.

Ressalta-se, entretanto, a importância de retomar alguns conceitos da TFD a fim de se obter um melhor entendimento do método aplicado e como a pesquisadora tornou teóricas as análises de teoria fundamentada, ou seja, como ocorreu o processo de análise para a produção de uma teoria fundamentada.

Ao referir-se à categoria central, conclui-se que a Residência em Enfermagem Obstétrica contribuiu para a formação das egressas para a atuação qualificada e para a inserção ao mercado de trabalho, todavia a autonomia profissional da enfermeira é um processo o qual tem ocorrido lentamente, seja ela residente, preceptora e/ou EO já inserida no mercado de trabalho.

Foi possível adotar uma visão refinada, do ponto de partida para a análise que envolve a compreensão imaginada das egressas sobre o seu papel e a reação dos demais atores da residência durante a interação. A escolha pela teoria fundamentada nos dados se deu pelo fato de ela ter inteira compatibilidade com o interacionismo simbólico, o qual compartilha esses pressupostos.

Nessa perspectiva, constatou-se que as egressas que se sentiram com pouca autonomia para a atuação profissional enquanto residentes não se submeteram ao sistema hegemônico ao se inserirem ao primeiro emprego após o término da residência, deixando muito rapidamente a atuação e, assim, buscaram atuar em locais onde elas teriam mais possibilidades dessas lacunas reparadas. Todas as atitudes de submissão e de angústias sofridas durante o curso serviram de impulso para elas se posicionarem na atuação como EO logo após a formação concluída e as conduziram a metas definidas para o futuro.

O sofrimento foi explicitado em relação a como elas se definiam de duas maneiras: primeiro, se como enfermeiras graduadas, pois já haviam se submetido a uma formação profissional a qual lhes deu base para atuar com autonomia sem oferecer nenhum risco a paciente. Segundo, se como alunas, uma vez que o processo agora era outro, elas estavam em preparação para uma formação qualificada e específica e, ainda assim, se deparavam com o conflito de tentar entender como as outras pessoas (atores da residência) as identificavam.

Tais significados, por vezes eram expressos, mas, no geral, ocultos das metas de identificação para elaborar uma interpretação teórica. Grande parte das egressas lutavam com a falta de autonomia da enfermeira preceptora, o que consequentemente sustentava a falta de autonomia delas também, e assim, elas se viam em futuro próximo na possibilidade de se submeter às mesmas condições de trabalho, mencionadas por elas como descabíveis.

A atitude de algumas residentes em debater com os médicos foi observada nas falas, mas as situações ocorridas e relatadas não perpassavam mudanças de resultados. Havia um questionamento, por inúmeras vezes, elas não aceitavam a falta de posicionamento das enfermeiras e preceptoras diante dos seus pares em relação à aceitação sobre a situação imposta.

Diante de tais fatos, as egressas acabavam por reconhecer a dificuldade e a lentidão para visualizar a transformação do modelo assistencial existente por inúmeros motivos segundo suas percepções, dentre eles, o medo das preceptoras da perda do emprego e a antiga disputa pelo poder, onde a enfermeira insiste em se considerar com identidade inferior e sem valor.

Essa retrógrada suposição traz para elas perspectivas e anseio por mudança com atitudes a serem tomadas. A interpretação das ações e dos significados das participantes obtidos pela pesquisadora foram entendidos em termos abstratos. Nessa lógica, faz-se necessário um reconhecimento da subjetividade da teoria, e em consequência, o papel imposto pela negociação, pelo diálogo e pelo entendimento no intuito de se oferecer uma interpretação imaginativa.

Ao construir um modelo teórico, evidenciam-se os aspectos em relação a inserção da EO ao mercado de trabalho e a busca pela autonomia profissional. O caminho da autonomia começa a partir do momento que a EO não se submete ao sistema caso ela não se sinta aceita por ele. A partir do momento em que ela opta por sair da instituição a qual ela entende ser a causadora de tantos conflitos internos e pessoais, ela se comunica com o seu *self*.

A busca por outros caminhos como a área acadêmica e o empreendedorismo leva a egressa a interagir com a sociedade e o seu *self* se vê de outra maneira, agora uma enfermeira que se reconhece com experiência e com habilidades, competência e coragem para buscar a

transformação do modelo de assistência considerado por ela retrógrado e/ou a formação de outras profissionais por onde ela passar.

Ao descrever sobre o caminho para a autonomia profissional na residência, associamos o residente como o dispositivo central da trajetória nessa modalidade de pós-graduação. Isso é interessante, pois o leva a construir respostas uma vez que ela necessita de uma postura de construção, de invenção e de atividade absoluta.

Cabe ressaltar que a formação profissional tem acontecido em todo o país por essa modalidade, assim como a inserção ao mercado de trabalho como ficou evidenciado no estudo. O caminho para a autonomia profissional está em ascensão. Todavia é necessário instrumentalizar a enfermeira com vistas ao enfrentamento das questões que permeiam a falta da autonomia profissional para a atuação no parto e no nascimento especialmente.

Em síntese, a teoria fundamentada nos dados sobre as percepção das egressas quanto à contribuição do curso em toda a sua trajetória evidenciou: a opção pela formação em EO; a inserção no curso; o mergulho na teoria; o encantamento com as aulas teóricas e com o corpo docente; o aprendizado e a satisfação nos cenários de prática (APS; instituição parceira na capital); os conflitos nos cenários da assistência hospitalar nas instituições parceiras no interior (entraves entre equipe, o real e o imaginário); a autonomia profissional ocorrida em momentos, sim, em outros, não.

As escolhas após o término da residência evidenciam o caminho da autonomia profissional, os quais foram representados pelas egressas como a não sujeição ao modelo biomédico e de submissão da enfermeira; as escolhas pela carreira acadêmica; e os desafios de ser autônomas, apontando para o mundo moderno.

8 Considerações Finais e Limitações do Estudo

A análise dos dados coletados por meio da entrevista estruturada possibilitou atingir os objetivos propostos no estudo e evidenciou que a residência contribuiu com a formação profissional das residentes egressas e com a inserção profissional destas no mercado de trabalho. A inserção profissional das atrizes do estudo foi permeada por suas afinidades pessoais, com destaque para a área de atuação profissional, entre elas, na atenção primária, em maternidades na assistência ao parto, ao nascimento e ao puerpério imediato, no empreendedorismo e na microempresa, com a ênfase no parto domiciliar e na consultoria materno-infantil. O estudo mostrou ainda o interesse de 41,6% das egressas pela formação acadêmica *Stricto sensu*.

Assim, demonstrou-se que a residência obstétrica se mostrou forte aliada na formação profissional de enfermeiras obstétricas egressas devidamente capacitadas para oferecer uma assistência qualificada baseada em evidências científicas ao binômio mãe/filho. Quanto a inserção profissional, observou-se ainda uma lacuna devido a inexistência de uma política de inserção elaborada como medida, salários justos, bem como a falta de visibilidade ao trabalho por elas exercido.

Essa lacuna tem sido reparada com a proposta de investimento na qualificação profissional por meio da Residência em Enfermagem Obstétrica. Todavia, faz-se necessário a viabilização de condições favoráveis para a atuação da EO e o respeito e a valorização pela categoria sejam constituídos como um conjunto de ações que visem a ampliar a inserção destas profissionais ao mercado de trabalho uma vez que estudos têm comprovado que a formação de enfermeiros obstétricos tem mudado a perspectiva da assistência materno infantil no país.

Admite-se ainda, que a transformação do modelo assistencial é um desafio e requer esforços de gestores, de profissionais de saúde e da sociedade, ainda que a inserção de enfermeiras obstétricas na assistência ao parto e nascimento tenha ocorrido. O apoio institucional, bem como gestores comprometidos com as políticas públicas de saúde na formação qualificada, é imprescindível, os quais devem corresponder na transformação do modelo assistencial tecnocrático.

No sentido de minimizar o quadro desvelado neste estudo em relação aos fatores facilitadores e dificultadores encontrados durante o processo de formação das enfermeiras, sugere-se aos coordenadores e tutores do programa de residência que fiquem atentos a esses fatores apontados pelas atrizes do estudo.

Tais fatores foram apontados como positivos ou não em relação à contribuição na formação profissional, os quais, uma vez reparados, poderão dar subsídios para a concessão de

maiores investimentos nas ações que promovam o fortalecimento da formação profissional das/os próximas/os profissionais a serem formado(a)s pelo curso.

Verificou-se pelas falas que a Residência ofereceu uma base teórica consistente e houve um reconhecimento das egressas em relação à contribuição com a formação profissional. Entretanto, a parte prática, por envolver outros atores, os quais não estão diretamente ligados ao ensino, deixou a desejar em alguns cenários de atuação, principalmente em instituições parceiras em maternidades no interior.

Todavia, na área de saúde coletiva, os relatos foram de grande satisfação e contentamento. Acredita-se que esse fato se dê pelas relações interpessoais nesse cenário terem se apresentado mais tranquilas. Destaca-se, ainda, a importância de as preceptoras dos cenários de prática compreenderem o seu papel para que elas, de fato, possam contribuir com as propostas do programa para a formação qualificada.

Percebe-se, por outro lado, o valor desse tipo de estudo e a necessidade de continuidade de investigações sobre a trajetória profissional de egressas para que a importância da residência obstétrica como qualificadora profissional em saúde materno-infantil seja sustentada. Outros estudos mostrando os desafios desse caminhar rumo à autonomia profissional serão de suma importância, uma vez que boa parte dos estudos nessa temática estão relacionados à prática assistencial das enfermeiras obstétricas e à valorização da mulher no sentido de fortalecer o processo de parir.

As reflexões acerca da autonomia profissional da EO perpassaram os entraves entre médico e enfermeira e em que predominaram os aspectos relacionados ao modelo assistencial biomédico. A autonomia profissional das residentes foi relatada como limitada e condicionada às demandas do trabalho médico e ao restrito apoio das preceptoras das unidades hospitalares.

Os resultados apresentam algumas limitações no que diz respeito ao desenvolvimento da pesquisa a partir de uma realidade particular, considerando-se que a formação e a inserção profissional de enfermeiras egressas de apenas um programa de residência do país foi estudado, e por isso não permite generalizações.

Outra limitação foi o fato de o estudo ter sido desenvolvido com residentes da primeira e de segunda turma de Residência em Enfermagem Obstétrica, sendo este considerado um período de intensas lutas e conquistas por espaço para a atuação dentro da proposta do curso.

Diante das limitações apresentadas, cabe ressaltar que os achados suscitaram a importância de novos estudos sobre a formação e inserção profissional pela modalidade da residência dentro das perspectivas do interacionismo simbólico ou de outros modelos

metodológicos, a fim de se correlacionar com demais resultados das características da formação da EO nas redes de atenção obstétrica do país.

Espera-se, por fim, que, a partir dos resultados apresentados, que a pesquisa contribua para iniciativas a serem tomadas no sentido de apontar caminhos para a reestruturação dos campos de estágio das instituições do interior, a fim de que haja um fortalecimento da formação profissional por esse programa de residência.

Referências

- ABENFO- Nacional. Associação Brasileira de Obstetrizes e Enfermeiros Obstétricos. Disponível em: <http://www.google.com.br/search?q=ABENFO+NACIONAL&aq=f&sugexp=chrom,mod=18&sourceid=chrome&ie=UTF-8>. Acesso em: 09 mai. 2019.
- ABREU, A. B; GUILAM, M. C. Trajetórias profissionais de egressos de mestrados por meio da Cooperação Estruturante em Saúde. **RBPG**, BRASÍLIA, v. 14, p. 1-15, 2017.
- ALMEIDA, N. A. M.; MEDEIROS, M.; SOUZA, M. R. Perspectivas de dor do parto normal de primigestas no período pré-natal. **Texto Contexto Enferm.** v. 21, n. 4, p. 819-27, 2012.
- ALVES, T. T. M., et al. Atuação da enfermeira obstetra no desenrolar do trabalho de parto e parto. **Rev Enferm Health Care [Online]**. v. 7, n. 1, p. 41-50, 2018.
- AMARAL, R. C. S. et al. A inserção da enfermeira obstétrica no parto e nascimento: obstáculos em um hospital de ensino no Rio de Janeiro. **Esc Anna Nery**, v. 23, n. 1, 2019.
- AMORIM, A. T. C. et al. Estratégias utilizadas no processo de humanização ao trabalho de parto: uma revisão. **Saúde Coletiva [Internet]**. v. 9, n. 56, p. 61-66, 2012.
- AMORIM, T.; GUALDA, D. M. R. Coadjuvantes das mudanças no contexto do ensino e da prática da enfermagem obstétrica. **Rev Rene**. v. 12, n. 4, p. 833-40, 2011.
- APOLINÁRIO, D. et al. Práticas na atenção ao parto e nascimento sob a perspectiva das puérperas. **Rev Rene**, v. 17, n. 1, p. 20-8, 2016.
- BACKMAN, K; KYNGÄS, H. A. Challenges of the Grounded Theory approach to a novice researcher. **Nursing & Health Sciences**. v. 1, n. 3, p. 147–153, 1999.
- BARROS, A.L.B.L.de; MICHEL, J.L.M. Curso de especialização em enfermagem - modalidade residência: experiência de implantação em um hospital-escola. **Rev. Latino-Am. Enferm**, Ribeirão Preto, v. 8, n. 1, p. 5-11, 2000.
- BATISTA, K. B. C.; GONÇALVES, O. S. J. Formação dos Profissionais de Saúde para o SUS: significado e cuidado. **Saúde Soc**, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 884-899, 2011.
- BECERRIL, M. L. B.; RODRÍGUEZ, Y. M. A. G. Aprendizaje del cuidado obstétrico, experiencia de los estudiantes de enfermería en la práctica clínica. **Enfermería Universitaria**. v. 13, n. 4, p. 233-238. Out. 2016.
- BLUMER, H. Symbolic interactionism: perspective e method. Berkeley: University of California, 1969.
- BORBA, K. P. D.; CLAPIS, M. J. **Formação de professores em debate: educação superior, educação profissional e licenciatura em enfermagem**. Profissionais de saúde e a formação para o trabalho no SUS. p. 253-296, 2016.
- BOWEN, G. A. Naturalistic inquiry and the saturation concept: a research note. *Qualitative Research*, London v. 8, n. 1, p. 137-152, 2008.

BRACCIALLI, L. A. D. et al. Construção de indicadores de avaliação de processo de aprendizagem para um curso de enfermagem. **Rev. Eletr. Enf.** [Internet]. v. 17, n. 1, p. 51-9, 2015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v17i1.22959>. Doi10.5216/ree.v17i1.22959

BRASIL, Ministério da Saúde. **Projeto Piloto**. Programa Nacional de Residência em Enfermagem Obstétrica. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde – SGTES. Departamento de Gestão da Educação – DEGES. Brasília, DF: 2012a.

_____. Ministério da Saúde. **Projeto Político Pedagógico**. Projeto Político Pedagógico do Programa Nacional de bolsas para Residência em Enfermagem Obstétrica da Universidade Federal de Alfenas. Alfenas, MG: 2012b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal: versão resumida. Brasília: Ministério da Saúde; 2017.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde, MS/CNS. **Resolução n. 466, 12 de dezembro de 2012**. Aprova as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas envolvendo Seres Humanos. **Diário Oficial da União**, 13 de junho de 2013. Brasília, DF: 2012c. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 10 mai. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Presidência da República (BR), Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, Secretaria de Planejamento e Investimento Estratégico. Objetivos de desenvolvimento do milênio: relatório nacional de acompanhamento. Brasília (DF): IPEA; 2014. Disponível em: http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/140523_relatorioodm.pdf. Acesso em: 04 jun. 2019.

_____. Ministério da Saúde. Manual Prático para Implementação da Rede Cegonha. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.

_____. Ministério da Saúde. Portaria n. 2815/98. Institui o procedimento de parto normal realizado por enfermeiro obstetra no Sistema Único de Saúde. Brasília: (DF), 1998.

_____. Ministério da Saúde. Lei nº 7.498/86, de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 1986.

_____. Ministério da Saúde. Portaria/GM n. 569, de 1º de junho de 2000. Institui o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento, no âmbito do Sistema Único de Saúde [Internet]. Brasília; 2000. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/PORT2000/GM/GM-569.htm>.

_____. Ministério da Saúde. Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada a mulher. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2001.

_____. Ministério da Saúde; Secretaria Executiva. Programa de Humanização do Parto: humanização no pré-natal e nascimento [Internet]. Brasília; 2002. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/parto.pdf>

BRENES, A. C. História da parturição no Brasil, século XIX. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 7, n. 2, p. 135-149, 1991.

CANEVER, B. P. et al. Processo de formação e inserção do mercado de trabalho: uma visão de egressos de enfermagem. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 35, n. 1, p. 87-93, 2014. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1983.-1447.2014.01.43279>>. Acesso em: 07 abr. 2017.

CARVALHO, V. D. Sobre a Associação Brasileira de Enfermagem – 85 anos de história: pontuais avanços e conquistas, contribuições marcantes, e desafios. **Rev Bras Enferm**, v. 65, n. 2, p. 207-14, 2012.

CARVALHO, V. F. et al. How the workers of a birthing center justify using harmful practices in natural childbirth. **Rev Esc Enferm USP**, v. 46, n. 1, p. 29-35, 2012.

CARVALHO, V. D.; BORGES, L. O.; RÊGO, D. P. Interacionismo Simbólico: origens, pressupostos e contribuições aos estudos em psicologia social. **Psicologia, Ciência e Profissão**, v. 30, n. 1, p. 146-161, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pcp/v30n1/v30n1a11.pdf>>.

CARVALHO, E. C. et al. Obstáculos para a implementação do processo de enfermagem no Brasil. **Revista de Enfermagem da UFPE**, On Line, Recife, v. 1, n. 1, p. 95-9, 2007.

CASSIANI, S. H. B.; CALIRI, M. H. L.; PELÁ, N. T. R. A teoria fundamentada nos dados como abordagem da pesquisa interpretativa. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 4, n. 3, p.75-88, 1996.

CAUS, E. C. M et al. O processo de parir assistido pela enfermeira obstétrica no contexto hospitalar: significados para as parturientes. **Esc. Anna Nery**, v.16, n.1, 2012.

CEDRO, M. Pesquisa social e fontes orais: particularidades da entrevista como procedimento metodológico qualitativo. **Revista Perspectivas Sociais**, v. 1, n. 1, p. 125-135, mar, 2011. Disponível em: <<http://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/percsoc/article/viewFile/2341/2193>>. Acesso em: 15 abr. 2019.

CHARMAZ, K. A construção da teoria fundamentada: guia prático para análise qualitativa. Porto Alegre: Artmed, 2009.

CHARON, J.M. Symbolic interactionism: an introduction, an interpretation, na integration. New Jersey: Prentice Hall, 1989.

COFEN. CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução COFEN Nº 568/2018 – alterada pela resolução COFEN Nº 606/2019. Aprova o Regulamento dos Consultórios de enfermagem e Clínicas de Enfermagem, 2018.

COFEN. CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução COFEN Nº 516/2016 – Alterada pela resolução COFEN Nº 524/2016. Normatiza a atuação e a responsabilidade do Enfermeiro, Enfermeiro Obstetra e Obstetriz na assistência nos Serviços de Obstetrícia, 2016.

COFEN. CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução COFEN Nº 259/2001. Relativo a normatização sobre Residência em Enfermagem. 2011. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-2592001_4297.html.

COFEN. CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **O exercício da enfermagem nas instituições de saúde no Brasil 1982/1983: força de trabalho em enfermagem**. Rio de Janeiro, 1985.

CORBIN, J. STRAUSS, A. Basics of qualitative research: techniques and procedures for developing Grounded Theory. California: SAGE; 2015.

COSTA, A. A. N. D. M.; SCHIRMER, J. A atuação dos enfermeiros egressos do curso de especialização em obstetrícia no Nordeste do Brasil – da proposta à operacionalização. *Esc Anna Nery* (impr.), v. 16, n. 2, p. 332- 339, 2012.

DANTAS, C. C. et al. Teoria fundamentada nos dados - aspectos conceituais e operacionais: metodologia possível de ser aplicada na pesquisa em enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 17, n. 4, p. 573-9, 2009.

DAVIS-FLOYD. R. The technocratic, humanistic and holistic paradigms of childbirth. **Int J Gynaecol Obstet**. v. 75, n. 1, S5-S23, 2001.

DRAGO, L. C., et al. A inserção do residente em enfermagem em uma unidade de internação cirúrgica: práticas e desafios. **Cogitare Enferm.**, v. 18, n. 1, p. 95-101, 2013. DOI: 10.5380/ce.v18i1.31313.

DUPAS, G.; OLIVEIRA, I.; COSTA, T. N. A. A importância do Interacionismo Simbólico na Prática de Enfermagem. *Rev. Esc. Enf. USP*, v. 31, n. 2, ago, 1997. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/receusp/v31n2/v31n2a04.pdf>>. Acesso em: 16 jan.2019.

EAVES, Y. D.A synthesis technique for Grounded Theory data analysis. *Journal of Advanced Nursing*. 35(5): 654–663, September 2001.

FAVERO, L., PAGLIUCA, L.M.F., LACERDA, M. R. Cuidado transpessoal em enfermagem: uma análise pautada em modelo conceitual. **Rev Esc Enferm**, n. 47, n. 2, p 500-505, 2013.

FENTANES, L. R. C., et al. Autonomia profissional do enfermeiro: revisão integrativa. **Cogitare Enferm**. V. 16, n. 3, p. 530-5, 2011.

FIORANO, A. M. M; GUARNIERI, A. P. Residência multiprofissional em saúde: tem valido a pena? **ABCS Health Sci**. v. 40, n. 3, p. 366-9, 2015.

FERREIRA, A. B. H. Míni Aurélio: o Dicionário da Língua Portuguesa. 2ª ed. 896p. 2008.

FEUERWERKER, L.; C.; M. Mudanças na educação médica e residência médica no Brasil. **Interface-Comum. Saúde Educ**. v. 2, n. 3, p. 51-71. 1998.

FRANZOI, N. L. Inserção profissional. In: CATTANI, Antonio David; HOLZMANN, Lorena (Org.). **Dicionário de trabalho e tecnologia**. Porto Alegre: Zouk, p.229-231, 2011.

FREITAS, S. M. **História oral: possibilidades e procedimentos**. 2ª ed. São Paulo: Associação Editorial Humanitas, 141p. 2006.

FULLERTON, J. T; THOMPSON, J. B. Examining the evidence for The International Confederation of Midwives' essential competencies for midwifery practice. **Midwifery [Internet]**, v, 21, n. 1, p. 2-13, 2005. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0266613804000919>

GARCIA, E. S. G. F. et al. As ações de Enfermagem no Cuidado à Gestante: Um Desafio à Atenção Primária de Saúde. **J. res.: fundam. care. Online**, v. 10, n. 3, p. 863-870, 2018.

GARCIA, E. S. G. F.; LEITE, E. P. R. C.; NOGUEIRA, D. A. Assistência de enfermagem às puérperas em unidades de atenção primária. **Rev enferm UFPE on line.**, v. 7, n. 10, p. 5923-8, 2013.

GARCIA, E. S.G.F. **Atuação da equipe de enfermagem na assistência às gestantes e às puérperas em unidades de atenção primária à saúde do município de Alfenas/ MG/ Brasil**. 95 f. Dissertação de Mestrado Alfenas (MG): Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Alfenas, 2013.

GARCIA, S. A. L.; GARCIA, S. A. L.; LIPPI, U. G. A necessidade de inserção do enfermeiro obstetra na realização de consultas de pré-natal na rede pública. **Einstein**, v. 8, n. 2, p. 241-7, 2010.

GTEO. Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro. Fórum Perinatal da Região Metropolitana. I Grupo de Trabalho de Enfermagem Obstétrica, 35p, 2016.

GUTIÉRREZ, M. G. R. D.; BARROS, A. L. B. L. D.; BARBIERI, M. Seguimento de doutores egressos de um programa de pós-graduação em enfermagem. **Acta Paul Enferm.** v. 32, n. 2, p. 129-38, 2019.

HAGUETTE, T.M.F. Metodologias qualitativas na sociologia. Petrópolis: Vozes, 2003.

HIGA, E. de F. R. et al. Percepção do egresso de enfermagem sobre a contribuição do curso para o exercício do cuidado. **Texto & Contexto Enferm**, v. 22, n. 1, p. 97-105, 2013.

INTERNATIONAL CONFEDERATION OF MIDWIVES. **Competencies**. New York: ICM, 2010. Disponível em: <http://www.internationalmidwives.org/assets/uploads/documents/Global%20Standards%20Competencies%20Tools/Compete%CC%82ncias%20Essenciais%20para%20o%20Exerci%CC%81cio%20Ba%CC%81sico%20da%20Profissa%CC%83o%20de%20Parteira%202010.pdf>. Acesso em: 31 jul. 2015.

JESUS, B. H. D. et al. Inserção no mercado de trabalho: trajetória de egressos de um curso de graduação em enfermagem. **Esc Anna Nery**, v.17, n. 2, p. 336 - 345. Abr./Jun. 2013.

JUSTINO E.T. et al. História da especialização em enfermagem oncológica - modalidade residência no hospital Erasto Gaertner. **Cienc. cuid. Saúde**, v. 9, n. 1, p. 167-72, 2010.

- KALINOWSKI, C.E. et al. Autonomia profissional durante o trabalho na atenção primária à saúde: uma análise da percepção dos enfermeiros. **SANARE, Sobral**, v.11. n.1, p. 06-12, 2012.
- KAWASAKI, D.; DIOGO, M. J. D. Assistência domiciliar ao idoso: perfil do cuidador formal – Parte I. **Rev Esc Enferm USP**, v. 35, n. 3, p. 257-264, 2001.
- LACERDA, M. R. Tornando-se profissional no contexto domiciliar: vivência do cuidado da enfermeira [tese]. Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina; 222p. 2000.
- LEITE, E. P. R. C. L.; CLAPIS, M. J.; CALHEIROS, C. A. P. Atenção qualificada ao parto: perfil dos profissionais de enfermagem das maternidades de Alfenas, Minas Gerais, Brasil. **Rev. Enferm UFPE**, Pernambuco, v. 4, p. 1894-1900, nov./dez. 2010.
- LIMA, G. P. V. et al. Expectativas, motivações e percepções das enfermeiras sobre a especialização em enfermagem obstétrica na modalidade residência. **Esc Anna Nery**, v. 19, n. 4, p. 593-9, 2015.
- LOBATO, C. P.; MELCHIOR, R.; BADUY, R. S. A dimensão política na formação dos profissionais de saúde. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, v. 22, n. 4, p. 1273-1291, 2012.
- MAGNABOSCO, G. et al. Opinião de egressos sobre o curso de residência em gerência dos serviços de enfermagem. **Semina: Ciências Biológicas e da Saúde**, Londrina, v. 36, n. 1, supl, p. 73-80, ago. 2015.
- MAIA, D. B. et al. Atuação interdisciplinar na atenção básica de saúde: A inserção da residência multiprofissional. **Sau. & Transf. Soc.**, v. 4, n. 1, p. 103-10, 2013.
- MEAD, G. H.; *Mind, Self and society*. Chigaco: University of Chigaco Press; 1934.
- MEAD, G. H. *On social psychology*. 5. ed. Chicago: The University of Chicago Press, 1977.
- MEDEIROS, A. L. de. Superando os fatores que dificultam a operacionalização da sistematização da assistência de enfermagem: experiência de enfermeiros em um serviço de obstetrícia. 152f. Dissertação (Mestrado) João Pessoa (PB). Universidade Federal da Paraíba, 2011.
- MELO, M. C.; QUELUCI, G.de C.; GOUVÊA, M. V. Problematizando a residência multiprofissional em oncologia: protocolo de ensino prático na perspectiva de residentes de enfermagem. **Rev Esc Enferm USP**, v. 48, n. 4, p. 706-14, 2014.
- MELLO, A.L. Integração ensino-serviço na formação de residentes multiprofissionais em saúde na perspectiva do docente. 123f, Dissertação (Mestrado). Universidade Federal de Santa Maria, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, RS. 2016.

- MELLO, A. L. et al. Formação de Residentes Multiprofissionais em Saúde: Limites e contribuições para a Integração Ensino-Serviço. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, v. 8, n. 2567, 2018. Acesso: 19 jul de 2019. Disponível em: DOI:<http://dx.doi.org/10.19175/recom.v8i0.2567>.
- MENDONÇA, S. S. Modelos de assistência obstétrica concorrentes e ativismo pela humanização do parto. *Revistas eletrônicas PUC/RS*, v. 15, n. 2, p. 250-71, 2015. Available from:<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/civitas/article/view/17899/13392>. DOI: <http://dx.doi.org/10.15448/1984-7289.2015.2.17899> [Links]
- MERIGHI, M.A.B.; GUALDA, D.M.R. O cuidado a saúde materna no Brasil e o resgate do ensino de obstetrizes para assistência ao parto. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* vol.17 no.2 Ribeirão Preto Mar./Apr. 2009.
- MERIGHI, M.A.B. et al. Ensinar e aprender no campo clínico: perspectiva de docentes, enfermeiras e estudantes de enfermagem. **Rev Bras Enferm**, v. 67, n. 4, p. 505-511, 2014.
- MINAYO, M. C. S. **O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em Saúde**. São Paulo: Hucitec, 2010. 407p.
- MIRANDA, N. M. V; LEONELLO, V. M; OLIVEIRA, M. A. C. Multiprofessional residency in health: a document analysis of political pedagogical projects. **Rev Bras Enferm**. v. 68, n. 4, p. 586-93, 2015. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2015680403i9>.
- MORAIS, A. C.; QUIRINO, M. D.; ALMEIDA, M. S. O cuidado da criança prematura no domicílio. **Acta Paul Enferm**. v. 22, n. 1, p. 24-30, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v22n1/a04v22n1>>. Acesso em: 22 fev. 2019.
- NARCHI, N. Z.; CRUZ, E. F.; GONÇALVES, R. O papel das obstetrizes e enfermeiras obstetras na promoção da maternidade segura no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.18, n. 4, p. 1059-1068, 2013.
- NASCIMENTO, D. D. G. D.; OLIVEIRA, M. A. C. D. Competências Profissionais e o Processo de Formação na Residência Multiprofissional em Saúde da Família. **Saúde Soc. São Paulo**, v.19, n.4, p.814-827, 2010.
- OLIVEIRA, A. M. et al. Relação entre enfermeiros e médicos em hospital escola: a perspectiva dos médicos. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, 10 (Supl. 2): S433-S439, 2010.
- OLIVEIRA, S. R. de. Inserção profissional: perspectivas teóricas e agenda de pesquisa. **Rev. Pensamento Contemporâneo em Administração**, v. 6, n. 1, P. 124-135, 2012.
- OLIVEIRA, I. C.; BALARD, C. R. Formação profissional em saúde: integralidade em perspectiva Saúde & Transformação Social / Health & Social Change, vol. 4, núm. 1. pp. 69-72, 2013.
- OLIVEIRA, et al. Influência da residência multiprofissional na vida profissional de egressos. **Revista Inova Saúde**, Criciúma, vol. 6, n. 1, jul. 2017.

OPAS/ OMS. Organização Pan-Americana de Saúde. Organização Mundial de Saúde. Práticas brasileiras para redução de mortalidade materna. 2019.

PELUSO, E. T. P.; BARUZZI, M.; BLAY, S. L. A experiência de usuários do serviço público em psicoterapia de grupo: estudo qualitativo. **Revista de Saúde Pública**, v. 4, n. 35, p. 341-8, 2001.

PEREIRA, A. L. D. F. et al. Percepções das enfermeiras obstetras sobre sua formação na modalidade de residência e prática profissional. **REME – Rev Min Enferm**. [citado em 28 ago 18], v. 22, e-1107. 2018. DOI: 10.5935/1415-2762.20180035

PEREIRA, A. L. D. F.; NICÁCIO, M. C. Formação e inserção profissional das egressas do curso de residência em enfermagem obstétrica. **Rev enferm UERJ**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, p. :50-6, 2014.

PRONAENF. Edital nº 21, de 5 de setembro de 2012 (BR). Processo seletivo destinado à oferta de bolsas para o Programa Nacional de Residência em Enfermagem Obstétrica (PRONAENF). **Diário Oficial da União**, Brasília (DF); 6 set. 2012: Seção 3:136-7.

RAMOS, T. M; RENNO, H. M. S. Formação na residência de enfermagem na Atenção Básica/Saúde da Família sob a ótica dos egressos. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre , v. 39, e2018-0017, 2018 . DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2018.2018-0017>.

REIS, A. P. A.; GRADIM, C.V.C. A alopecia no câncer de mama. **Rev enferm UFPE on line.**, v. 12, n. 2, p. 447-55, 2018.

RNNETWORK. Portrait of a Modern Nurse Survey Finds Half of Nurses Consider Leaving the Profession. RNN, 792 2017.

SAAD, D. E. A.; RIESCO, M. L. G. Autonomia profissional da enfermeira obstétrica. **Rev Paul Enferm**, v. 29, n. 1-2-3, p. 11-20, 2018.

SADE, P. M. C.; PERES, A. M. Desenvolvimento de competências gerenciais do enfermeiro: diretriz para serviços de educação permanente. **Rev Esc Enferm USP**. v. 49, n. 6, p. 991-998, 2015.

SANDALL, J. et al. Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women. *Cochrane Database Syst Rev* [on line]. 2015; [Citado 2015 out. 01]; 9:[aprox. 10 telas]. Disponível em: <http://cochrane.bvsalud.org/doc.php?db=reviews&id=CD004667>.

SANTOS, P. S. et al. Relação entre médicos e enfermeiros do hospital regional de Cáceres Dr. Antônio Fontes: a perspectiva do enfermeiro. **Revista Ciência e Estudos Acadêmicos de Medicina**. Jul.-dez, p. 10-28, 2015.

SANTOS, S. R. Sistema de informação e interação social: buscando a relação teoria e prática em enfermagem. 216 p. Tese [Doutorado em Sociologia] - Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes da Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2008.

SANTOS, S. R. NÓBREGA, M. M. L. A Grounded Theory como alternativa metodológica para pesquisa em enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 5. n. 55, p. 575-9, 2002.

SANTOS, J. L.G.D. et al. Análise de dados: comparação entre as diferentes perspectivas metodológicas da Teoria Fundamentada nos Dados. **Rev Esc Enferm USP**, 52:e03303, 2018.

SILVA, F. R. et al. O olhar do egresso sobre o significado da residência em Enfermagem Neurocirúrgica. **Atas CIAIQ**. Investigação Qualitativa em Saúde//Investigación Cualitativa en Salud//Volume 2, 2017.

SILVA, B. G. C. et al. Mortalidade materna no Brasil no período de 2001 a 2012: tendência temporal e diferenças regionais. **Rev bras epidemiol**, v. 19, n. 3, p. 484-493, 2016.

SILVA, R. M. et al. Contribution of a residency specialization program to professional know-how. **Acta Paul. Enferm**, v. 27, n. 4, p. 362-6, 2014.

SOARES, R. S. D. A. et al. Vivências de residentes enfermeiros no Programa de Residência Multiprofissional em Saúde. **Saúde (Santa Maria)**, vol. 43, n. 1, p. 13-21, Jan./Abr, 2017.

SOUZA, A. M. M. et al. Práticas na assistência ao parto em maternidades com inserção de enfermeiras obstétricas, em Belo Horizonte, Minas Gerais. **Esc Anna Nery**, v. 20, n. 2, p. 324-331, 2016.

SOUZA, T.G; GAÍVA, M.A.M; MODES, P.S.S.A. A humanização do nascimento: percepção dos profissionais de saúde que atuam na atenção ao parto. **Rev Gaúcha Enferm**, v. 32, n. 3, p. 479-86, 2011.

STRAUSS, A.; CORBIN, J. Pesquisa Qualitativa: técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de teoria fundamentada. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.

STOPPINO, M. Curso de Introdução à Ciência Política. Poder e Autoridade. 2ª ed. Brasília: Unb. 1984.

STUMM, E. M. F; MAÇALAI, R. T; KIRCHNER, R. M. Dificuldades enfrentadas por enfermeiros em um centro cirúrgico. **Texto & Contexto Enferm**. v.35, p. 464-71, 2006.

VARGENS, O. M. C; QUITETE, J. B. Power in obstetric nursing care: empowerment or submission of women users? **Rev. enferm. UERJ [Internet]**. Sep [cited 2019 Ago 26], v. 17, n. 3, p. 315-320. Available at: http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-35522009000300003&lng=pt

WINCK, D. R.; BRÜGGEMANN O. R., Responsabilidade legal do enfermeiro em obstetrícia. **Rev. Bras. Enferm**, Brasília, v. 63, n. 3, mai./jun. 2010.

WISNIEWSKI, D. et al. Satisfação profissional da equipe de enfermagem x condições e relações de trabalho: estudo relacional. **Texto Contexto Enferm**, v. 24, n. 3, p. 850-8, 2015.

- WISNIEWSKI, D.; GRÓSS, G.; BITTENCOURT, R. A influência da sobrecarga de trabalho do enfermeiro na qualidade da assistência pré-natal. **Rev Bras Promoç Saúde**, Fortaleza, v. 27, n. 2, p. 177-182, 2014.
- WORD HEALTH ORGANIZATION. Care in normal birth: a practical guide: report of a Technical Working Group. Geneve: WHO; 1996.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. Recomendaciones de la OMS para los cuidados durante el parto, para una experiencia de parto positiva. Geneva: World Health Organization; 2018.
- ZANARDO, G. L. P. et al. Violência obstétrica no Brasil: uma revisão narrativa. *Psicologia & Sociedade*, 29: e155043, 2017.
- ZIELINSKI R., ACKERSON K., LOW L.K. Planned home birth: benefits, risks, and opportunities. **Dove Medical Press**, v. 7, p. 361-377, 2015.

Apêndices

APÊNDICE A

Autorização Institucional

Solicitação de Autorização Institucional

Alfenas, 15 de Agosto de 2017

Prezadas Senhoras

Vimos por meio desta solicitar a autorização de V. Sas. para a realização de pesquisa envolvendo o Programa Nacional de Residência em Enfermagem Obstétrica da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Alfenas. A análise dos dados obtidos será utilizada na Tese de Doutorado em Enfermagem em Saúde Pública da Universidade de São Paulo (USP-Ribeirão Preto), intitulada "Residência em Enfermagem Obstétrica: contribuição para a formação e inserção profissional de enfermeiras egressas" de autoria da Enfermeira Obstétrica e Professora Estefânia Santos Gonçalves Félix Garcia, sob a orientação da Pro^{fa} Dr^a. Maria José Clapis.

O objetivo do estudo será analisar a contribuição do curso de Residência em Enfermagem Obstétrica da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Alfenas-MG na formação e inserção profissional de enfermeiras egressas. A coleta de dados será iniciada após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de São Paulo de Ribeirão Preto. Esclarecemos que os resultados serão divulgados somente em eventos científicos e publicações, garantindo sigilo e segurança das informações obtidas.

Agradecemos a atenção, respeitosamente,

 Prof^a Dr^a Maria José Clapis
 COREn 18.572 EERP/USP-Orientadora

 Prof. Ms. Estefânia S. G. F. Garcia
 Enfermeira Obstétrica
 COREn MG 243738
 Pesquisadora

À Senhora Prof^a. Maria Betânia Tinti de Andrade
Vice-Diretora da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Alfenas.

À Senhora Prof^a. Eliana Peres Rocha Carvalho Leite
Coordenadora do Programa Nacional de Residência em Enfermagem Obstétrica da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Alfenas-MG.

Autorizado:
 Prof^a. Maria Betânia Tinti de Andrade
 Vice-Diretora da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Alfenas
 Pro^{fa}. Maria Betânia Tinti de Andrade
 VICE-DIRETORA DA ESCOLA DE ENFERMAGEM
 UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALFENAS

Autorizado:
 Prof^a. Eliana Peres Rocha Carvalho Leite
 Coordenadora do Programa Nacional de Residência em Enfermagem Obstétrica
 Pro^{fa} Dra Eliana P.R.C. Leite
 COREN-MG 45.492 - ENF.
 (UBRAI) - MEC

APÊNDICE B

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Prezada Enfermeira: Meu nome é Estefânia Santos Gonçalves Félix Garcia, discente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem em Saúde Pública, nível doutorado, da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP-USP), orientanda da Profª. Drª Maria José Clapis, professora do Departamento de Enfermagem Materno Infantil e Saúde Pública da EERP/USP. Venho por meio deste convidá-la a participar da pesquisa intitulada” **Residência em Enfermagem Obstétrica: contribuição para a formação e inserção profissional de enfermeiras egressas**”, que tem por objetivo analisar a contribuição do curso de Residência em Enfermagem Obstétrica da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Alfenas-MG na formação e inserção profissional de enfermeiras egressas. Acredita-se que os resultados desse estudo poderão contribuir para o conhecimento sobre o processo de formação e inserção de profissional de enfermeiros na atenção qualificada possibilitando melhorias para a área de conhecimento científico com potencial de repercutir favoravelmente em resultados maternos e neonatais. Sua participação se dará em um único momento: Por meio de uma entrevista semiestruturada e ocupará seu tempo por um período médio de 60 minutos. Você terá a liberdade de desistir de participar da pesquisa a qualquer momento, sem qualquer tipo de prejuízo na sua vida profissional. Também a qualquer momento pode pedir esclarecimentos para a pesquisadora e sua orientadora.

Você não terá custos financeiros como participante da pesquisa, pois os dados serão coletados em ambiente viável e estabelecido por você. Na presença de algum dano, você poderá ser indenizado segundo a legislação brasileira vigente. Esta pesquisa poderá lhe trazer algum desconforto ou constrangimento no momento da entrevista. Este tipo de procedimento apresenta um risco mínimo, que está relacionado as reflexões que você venha a fazer neste processo. Esse tipo de risco poderá ser reduzido pelo fato do pesquisador sanar as suas dúvidas, e pelo interrompimento da pesquisa caso você apresente qualquer desconforto. Você não será beneficiada diretamente, mas o resultado deste estudo poderá trazer benefícios para o processo de formação de novos profissionais em residências em enfermagem no território brasileiro.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da EERP-USP, que tem a finalidade de proteger eticamente as participantes da pesquisa, pois avalia todas as etapas dos estudos que envolvem seres humanos, desde a elaboração do projeto até o relatório final. Por ocasião da divulgação dos resultados em periódicos e eventos científicos será garantido seu anonimato e sigilo de seus dados confidenciais. Caso sinta necessidade de qualquer

esclarecimento durante ou após a coleta de dados, segue o telefone e endereço eletrônico para contato com a **pesquisadora: Estefânia Santos Gonçalves Félix Garcia, Telefone: (035) 98882 2797, e mail: estefania.felix79@yahoo.com.br**; **orientadora: Profª Drª Maria José Clapis, Telefone: (016) 3602-3412, e mail: maclapis@eerp.usp.br**; e Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (EERP)/ Universidade de São Paulo (USP) situado à Avenida Bandeirantes, 3900 – Bairro Monte Alegre. Ribeirão Preto – SP, CEP: 14.040-902. **Telefone (16) 3315-9197 (ramal 15 9197)**, horário de atendimento de segunda a sexta-feira, em dias úteis, das 10 às 12 e das 14 às 16 horas, e **e mail: cep@eerp.usp.br**. Caso você aceite participar do estudo, não receberá nenhuma compensação financeira.

Se a Sra. aceitar participar dessa pesquisa o fará de forma voluntária e deverá assinar este termo de consentimento em duas vias, sendo que uma via assinada ficará com você.

Antecipadamente, agradecemos e colocamo-nos à disposição para quaisquer esclarecimentos

Profª Drª Maria José Clapis
Pesquisadora responsável

Estefânia Santos G. F. Garcia
Orientanda

Eu, _____ declaro que estou devidamente informada e esclarecida sobre a pesquisa e os procedimentos nela envolvidos e concordo em participar desse estudo. Recebi uma via deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Local: _____/____/_____

Assinatura do participante

APÊNDICE C

Instrumento de Coleta de Dados para Entrevista Semi-Estruturada

Entrevista n°:

Idade:

Sexo:

Estado civil:

Em que ano concluiu sua formação:

Atuou ou atua na área de Enfermagem obstétrica após sua formação?

Onde?

Instituição pública ou privada?

Regime de trabalho:

Remuneração:

Titulação:

Após a conclusão de sua residência você cursou ou está cursando outro curso de graduação ou pós-graduação? Qual área?

QUESTÕES NORTEADORAS

1. Relate qual foi a contribuição do curso de residência obstétrica para a sua formação profissional. Ao final do curso, você se sentiu apta e segura para oferecer uma assistência de qualidade em todo o contexto materno infantil?
2. Como ocorreu sua inserção no mercado de trabalho, na enfermagem obstétrica?
3. Na sua experiência, qual a sua opinião sobre as condições de atuação profissional do enfermeiro obstétrico nas instituições de saúde?
4. Quais foram os fatores facilitadores e dificultadores encontrados durante o seu processo de formação profissional na residência?

ANEXO A

Ofício CEP-EERP/USP nº 067/2018, de 11/04/2018

Prezada Senhora,

Comunicamos que o projeto de pesquisa abaixo especificado foi analisado e considerado **aprovado "ad referendum"** pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (CEP-EERP/USP) em 11 de abril de 2018.

Protocolo CAAE: 82254517.9.0000.5393

Projeto: Residência em Enfermagem Obstétrica: contribuição para a formação e inserção profissional de enfermeiras egressas

Pesquisadores: Maria José Clapis

Em atendimento à Resolução 466/12, deverá ser encaminhado ao CEP o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados, para acompanhamento, bem como comunicada qualquer intercorrência ou a sua interrupção.

Atenciosamente,

Prof.ª Dra. Angelita Maria Stabile
Coordenadora do CEP-EERP/USP

Ilma. Sra.

Prof.ª Dra. Maria José Clapis

Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública

Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP